

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 52

RHUMATISME TUBERCULEUX

GRANULIE ARTICULAIRE PRIMITIVE

à forme rhumatismale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ MANJOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Belley (Ain), le 5 janvier 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Co

14, rue Bellecordière, 14

—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 52

RHUMATISME TUBERCULEUX

GRANULIE ARTICULAIRE PRIMITIVE

à forme rhumatismale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1903

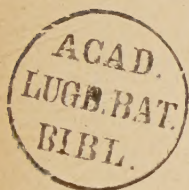
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ MANJOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Belley (Ain), le 5 janvier 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1903

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		X...
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOUJIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire..... DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.....	MM. POLLOSSON (A), agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Accouchements.....	FABRE, —
Matière médicale.....	MOREAU, —
Anatomie topographique.....	DURAND. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
			CAUSSE, ch...

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. BÉRARD, Assesseur ;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Ma pensée reconnaissante se reporte aujourd'hui vers tous ceux dont la bienveillance ou l'amitié me fut sensible.

Et c'est en unissant les noms de mon Père et de ma Mère dans le même hommage d'affectueuse vénération que je veux entrer dans la carrière où me guidera leur exemple.

Nous adressons ici à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux le respectueux hommage de notre gratitude.

Cet hommage va plus particulièrement à nos maîtres de l'Externat : M. Nové-Josserand, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux ; M. le professeur Augagneur, chirurgien des Hôpitaux ; M. Chappet, médecin des Hôpitaux. Ils nous ont donné le meilleur enseignement médical, celui de la clinique.

Nous avons à cœur de remercier M. le professeur Poncet. Sa haute bienveillance est, depuis longtemps, précieuse à notre famille : nous sommes heureux qu'il ait bien voulu la reporter sur nous, en acceptant de présider la soutenance de cette thèse, dont il nous avait indiqué le sujet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Dans une leçon clinique à l'autorité de laquelle nous nous en référons, M. Maurice Pollosson définit ainsi la granulie des synoviales: « C'est cette forme de la tuberculose articulaire dans laquelle on voit à l'œil nu des granulations grises, des tubercules miliaires de l'aspect de ceux qui sont le plus fréquemment observés dans le poumon, dans le péritoine, dans les méninges ».

Variété particulière de l'évolution tuberculeuse, elle est à l'arthrite fongueuse vulgaire ce que la granulie est à la pneumonie caséuse.

« Elle présente elle-même des variétés anatomo-pathologiques et cliniques. Tantôt elle est associée à l'arthrite fongueuse, ou à la pyarthrose tuberculeuse; elle semble alors indiquer une gravité plus grande de la maladie; la tuberculose où il ne faut pas chercher au microscope l'élément caractéristique est la plus mauvaise. Tantôt elle constitue une lésion pour ainsi dire indépendante; l'affection est caractérisée par la seule poussée de granulations sur une syno-

viale à peu près saine ; c'est la granulie des synoviales proprement dite ».

C'est de cette dernière variété que nous avons à nous occuper.

Ainsi que l'a montré Cazaubon dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. Pollosson, la granulie articulaire primitive peut se présenter cliniquement sous la forme aiguë ou sous la forme chronique. Nous verrons que, seule, la forme aiguë nous intéresse.

Nous n'apportons pas ici d'observation personnelle. Sur le conseil de M. le professeur Poncet, nous nous sommes proposé de recueillir et d'étudier les cas où la granulie articulaire primitive a pu simuler, par ses manifestations cliniques, le rhumatisme articulaire aigu.

A ce titre, ils rentrent dans le cadre du rhumatisme tuberculeux, comme le faisait remarquer le professeur Poncet dans sa communication à l'Académie de Médecine du 23 juillet 1901. « J'admets complètement, sans l'avoir toutefois personnellement observé jusqu'à ce jour, que cette tuberculose miliaire peut donner lieu à des polyarthrites simulant le rhumatisme tuberculeux, mais elle n'est qu'une forme de cette nouvelle entité pathologique qui comprend, ainsi que je l'ai indiqué, les variétés les plus diverses de tuberculose articulaire, depuis les formes atténuées jusqu'aux formes les plus virulentes dont la granulie est une modalité ».

L'étude de tels faits est basée sur l'anatomie

pathologique : pour qu'on puisse affirmer la granulie articulaire, il faut que l'ouverture des articulations et l'examen histologique de la synoviale soient venus contrôler le diagnostic.

Ce contrôle n'a pas toujours été possible. Il s'est trouvé des cas dans lesquels on a noté les mêmes symptômes que dans nos premières observations, la même gravité de l'état général, et qui se sont terminés soit par une guérison complète, soit, encore, par la mort, mais sans qu'on ait pu vérifier le diagnostic. Et, comme l'évolution d'une telle affection peut être assez longue, on a publié quelques observations avant que leur terminaison fût connue.

M. Poncet, dans sa monographie sur le rhumatisme tuberculeux, a placé ces cas à côté des observations de granulie articulaire primitive, pour les étudier tous ensemble, sous la dénomination commune de forme aiguë, diffuse, du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.

La pathogénie des premiers peut être discutée. Mais ce travail n'a pas d'autre prétention que celle d'établir les analogies de types cliniques réalisés par deux affections différentes : rhumatisme et tuberculose ; et, à l'exemple du professeur Poncet, nous rangerons, à côté des manifestations articulaires de la granulie, des manifestations articulaires semblables, et qui reconnaissent, pour tous les auteurs, la même cause morbide.

Nous diviserons donc les observations que nous avons pu réunir en deux groupes, suivant que les lésions articulaires auront été, ou non, anatomique-

ment vérifiées, et nous les rapporterons, tout au début de ce travail, classées suivant l'intérêt qu'elles nous ont paru présenter.

Ajoutons, dès maintenant, que l'étude de ces cas ne nous a pas permis toujours d'adopter les conclusions ou de confirmer les hypothèses des auteurs qui les ont présentées.

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(LAVEDAN, *Progrès Médical*, 1876.)

Tuberculose aiguë à forme asphyxique, localisation initiale sur les articulations. — Mort. — Autopsie.

T..., soldat au 80^e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 21 juin 1876 (salle 30, lit 26, service de M. A. Laveran). C'est un homme de 22 ans, assez bien constitué, non amaigri; au service militaire depuis huit mois, il raconte qu'il n'a jamais été bien vigoureux; il a eu une pleurésie du côté droit dans son enfance; pas d'hémoptysies. La mère du malade est morte, à l'âge de 55 ans, d'une attaque d'apoplexie; il a un frère et une sœur qui se portent bien.

Le billet d'entrée à l'hôpital, signé par le médecin du corps, porte le diagnostic de *rhumatisme articulaire*. Depuis six jours, les articulations des genoux et des cous-de-pied sont le siège de vives douleurs qui empêchent la marche ou qui la rendent du moins très pénible. Les deux genoux sont tuméfiés, douloureux à la pression (21 juin); le genou droit est plus tuméfié que le gauche; on produit facilement le choc caractéristique de l'hydarthrose en pressant sur la rotule.

Etat général satisfaisant: peu de fièvre, langue blanche; anorexie; pas de complication du côté du cœur. Le diagnostic de

rhumatisme articulaire est porté (Badigeonnages iodés et ouate autour des articulations des genoux).

22 juin. — A la visite du matin, le malade a une fièvre vive (39° dans l'aisselle); toux rare, crachats muqueux, respiration accélérée, difficile. A l'examen de la poitrine: matité en arrière aux deux bases; frottements pleuraux à la base gauche; râles sibilants et muqueux disséminés dans toute la poitrine. Constipation (2 verres d'eau de Sedlitz; 20 ventouses sèches sur le thorax).

23 juin. — La dyspnée augmente ainsi que la fièvre; le soir, la température est de 40° 6. Le malade ne souffre pas, ne se plaint pas, mais il est facile de voir que la respiration s'embarasse de plus en plus; les lèvres sont légèrement cyanosées, les muscles accessoires de la respiration luttent contre l'asphyxie commençante, les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration (Bouillon, lait, potion avec kermès, 0,30, et chlorhydrate de morphine, 0,02. Ventouses sèches).

24 juin. — Nuit mauvaise. Le matin, légère stupeur. Peau sèche donnant au toucher la sensation d'une chaleur âcre, mordicante. Le ventre est un peu tendu, non douloureux à la pression; pas de taches rosées. A l'auscultation de la poitrine on trouve des râles sibilants et sous-crépitants disséminés; il y a toujours de la matité aux deux bases, surtout à gauche. Le malade ne se plaint plus de ses douleurs articulaires, toute l'attention est, du reste, concentrée sur les phénomènes thoraciques. Le diagnostic de rhumatisme articulaire est abandonné pour celui de tuberculose aiguë.

Les jours suivants, la dyspnée continue à augmenter (36 à 40 inspirations par minute); l'auscultation donne les mêmes signes. La matité décline du côté gauche augmente seulement. La fièvre persiste.

24 juin	39°,8 le matin	40° le soir
25	39°,4	39°,8
26	38°,4	39°,6
27	38°,8	39°,2
28	39°	39°,6
29	39°,2	40°
30	39°,4	39°,8

1^{er} juillet. — La dyspnée augmente (44 inspirations par minute), ainsi que la cyanose; les râles sous-crépitaux deviennent plus nombreux surtout à droite; à gauche, signes d'un épanchement pleurétique peu abondant. Fièvre : 39° le matin; 39°,6 le soir.

2 juillet. — Menace d'asphyxie pendant la nuit. Le matin, sueurs profuses; pouls petit, à 96, battements du cœur profonds; 44 inspirations par minute; fièvre : 38°,6 le matin, 39°,4 le soir. Sinapismes; ventouses sèches, etc.).

3 juillet. — Dyspnée considérable, cyanose de la face très marquée. Fièvre : 38°,8 le matin, 39° le soir. Langue sèche, rôtie. Pas de symptômes cérébraux, intelligence intacte.

4 juillet. — L'asphyxie se prononce de plus en plus, la température est de 37°,6 le matin et de 38°,2 le soir. Mort dans la soirée.

AUTOPSIE, faite le 6 juillet. — Pas d'amaigrissement notable, cyanose générale; lividité cadavérique très marquée.

Thorax. — La plèvre gauche contient un litre et demi environ de sérosité citrine; dépôts fibrineux à la surface du poumon gauche indiquant une inflammation récente. A droite, adhérences intimes des feuillets pleuraux; épaississement notable de la plèvre (2 ou 3 millimètres); ce sont là des lésions anciennes; traces d'inflammation récente là où des adhérences solides n'existent pas, notamment au niveau des médiastins. Les plèvres sont criblées de granulations tuberculeuses.

Le poumon droit est très volumineux, fortement congestionné, il ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax. Depuis le sommet jusqu'à la base, semis très riche de granulations grises, agglomérées sur certains points par îlots de 10 à 12; les tubercules sont plus nombreux au sommet qu'à la base et à la partie postérieure qu'à la partie antérieure du poumon; pas de traces de lésions anciennes au sommet.

Le poumon gauche, comprimé par l'épanchement, est revenu sur lui-même; comme le poumon droit, il est criblé de granulations grisâtres, un peu plus abondantes dans le lobe supérieur que dans l'inférieur. Pas de lésions anciennes au sommet.

La muqueuse bronchique est vivement injectée, pas de granulations tuberculeuses. Les ganglions bronchiques sont volumineux; sur la coupe, marbrures blanchâtres et noirâtres

produites par la dégénérescence caséuse et l'accumulation de pigment.}

Le péricarde contient un peu de sérosité citrine; pas de traces de péricardite aiguë; une seule tache laiteuse; le long des vaisseaux placés sous le feuillet viscéral, on distingue quelques granulations grosses comme des têtes d'épingle, remarquables par leur transparence: on dirait de petites gouttes de rosée. Cœur sain, sang noir, caillots mous.

Abdomen. — Granulations en grand nombre sur le grand épiploon et sur le péritoine diaphragmatique, principalement au niveau de la foliole gauche du centre phrénique; adhérences avec la rate. Pas de traces de péritonite aiguë.

Intestins. — Dans la dernière portion de l'intestin grêle, sur une longueur de 20 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve des ulcérations arrondies, au nombre d'une quinzaine, ayant en moyenne la dimension de pièces de 20 centimes.

En dehors des ulcérations qui n'occupent pas spécialement les plaques de Peyer, la muqueuse est hyperémiée et parsemée de granulations nombreuses, grosses environ comme des têtes d'épingle. Ces granulations deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de la valvule iléo-cœcale.

Le foie a son volume normal; au-dessous de la capsule, on aperçoit un grand nombre de granulations blanchâtres qui apparaissent aussi sur les coupes faites en différents sens.

La rate est criblée de granulations grisâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle en moyenne; ces granulations sont assez régulièrement disséminées.

Rein droit. — Après avoir enlevé la capsule fibreuse, on aperçoit quelques granulations grises (une quinzaine environ sur chaque face du rein); sur une coupe du rein on voit aussi quelques granulations disséminées, surtout dans la couche corticale.

Rein gauche. — Les granulations offrent la même disposition que dans le rein droit, mais elles sont en plus grand nombre.

Centres nerveux. — Pas de tubercules des méninges. Le cerveau ne présente rien d'anormal, mais il existe plusieurs tubercules dans l'intérieur de la protubérance annulaire et

dans le bulbe. Une section transversale passant à quelques millimètres au-dessous du bord supérieur ou antérieur de la protubérance, met à nu trois tubercules gros comme des pois; deux de ces tubercules sont situés immédiatement au-dessous de la surface basilaire de la protubérance sur les parties latérales; le troisième est situé dans l'étage moyen, un peu à gauche du raphé médian. Une autre coupe transversale, passant par la partie moyenne de la protubérance, montre un quatrième tubercule, un peu plus petit que les précédents, qui siège à droite, dans l'étage moyen. Une coupe longitudinale du bulbe, sur la ligne médiane, révèle l'existence d'un tubercule gros comme un gros pois, dur, grisâtre, qui a été divisé en deux parties à peu près égales par la section, et qui siège à un centimètre environ au dessous du bord inférieur de la protubérance. L'examen de la moelle épinière n'a pas été fait.

Articulations. Genou droit. — A l'ouverture de l'articulation il s'écoule une centaine de grammes de synovie jaunâtre, filante, transparente. La synoviale, dans toute son étendue, est vivement injectée et, sur le fond rouge de cette membrane, on voit se dessiner un grand nombre de granulations grisâtres, grosses environ comme des têtes d'épingle; ces granulations donnent lieu à la formation de petites saillies très appréciables au toucher. Là où la synoviale est appliquée fortement sur les os, les granulations ont une forme aplatie. Le cartilage présente, sur quelques points, une teinte ecchymotique.

Genou gauche. — Synovie en petite quantité; la synoviale est légèrement injectée; on n'aperçoit que de très rares granulations. Les autres articulations n'ont pas été ouvertes. Les os (sternum, fémur, tibia) ne paraissent pas renfermer de granulations tuberculeuses.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Synoviale du genou gauche.* — Des fragments de la synoviale sont étendus sur des lames de liège, puis durcis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool; des coupes sont ensuite pratiquées et colorées par le picrocarminate. La surface articulaire de la synoviale est inégale, mamelonnée, et il est facile de reconnaître au premier abord, que ces inégalités sont produites par l'existence de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la synoviale. Ces granula-

tions présentent la structure caractéristique du tubercule: au centre une masse granuleuse, opaque, se colorant en jaune pâle par le picro-carminate; à la périphérie, une zone de prolifération composée de cellules jaunes, à gros noyaux, qui se colorent en rose vif par le picro-carminate. Les tubercules sont d'autant plus distincts qu'il existe peu ou pas d'inflammation circonvoisine; les granulations les plus grosses ont érodé la couche superficielle de la séreuse articulaire; on trouve aussi des granulations dans les franges de la synoviale.

Les éléments qui ont été décrits sous le nom de cellules géantes (Reisenzellen) se rencontrent au centre de presque tous les tubercules de la synoviale, et sur plusieurs points ils sont remarquables par leur développement; leurs contours sont, en général, arrondis, réguliers; la partie centrale est occupée par une masse finement granuleuse qui se colore à peine par le picro-carminate; les bords de l'élément prennent, au contraire, une teinte rose assez foncée, parce qu'il existe là des amas de petits noyaux ovalaires qui fixent facilement le carmin. Les granulations des poumons et du foie sont remarquables aussi dans ce cas par le développement des Reisenzellen; il n'y a donc rien là de spécial aux tubercules des synoviales.

Cartilage pris à la surface des condyles du fémur. — Pas d'altération notable.

Tubercules de la protubérance et du bulbe. — Coupes faites après durcissement dans la gomme et l'alcool; coloration au picro-carminate. Ces tubercules se composent d'un grand nombre de petites granulations accolées les unes aux autres de façon à constituer une masse unique en apparence; on distingue facilement sur les coupes les points centraux de chacune des granulations primitives qui sont granuleux, opaques, à peine colorés, des parties périphériques constituées par de petites cellules à gros noyaux, se colorant vivement en rose par le picro-carminate; au centre de la plupart des granulations on distingue une Reisenzellen.

L'examen histologique des granulations tuberculeuses a été fait également dans l'épiploon, dans les poumons, le foie et la rate; je crois inutile de reproduire la description des tubercules

dans ces parties, il me faudrait répéter mot pour mot ce que j'ai dit des tubercules de la synoviale et de la protubérance annulaire.

En résumé, un homme, bien portant jusque-là, est pris de douleurs articulaires siégeant surtout dans les genoux et s'accompagnant d'hydarthrose à droite; en même temps il existe une fièvre modérée: le diagnostic de rhumatisme articulaire subaigu s'impose; huit jours après le début des douleurs, on voit survenir une dyspnée considérable; la fièvre devient vive et continue et le malade succombe, quinze jours après son entrée à l'hôpital, en présentant tous les symptômes de l'asphyxie tuberculeuse aiguë; à l'autopsie on trouve des granulations tuberculeuses en très grand nombre dans les organes qu'elles envahissent d'ordinaire: poumons, plèvre, péritoine, foie, reins, rate, etc., et, de plus, on constate que les arthrites aiguës, qui ont été la première manifestation de la maladie, étaient des arthrites tuberculeuses dues à la présence de granulations grises, parfaitement bien caractérisées, dans l'épaisseur de la synoviale. L'examen histologique ne laisse aucun doute sur l'identité des granulations des synoviales avec celles trouvées dans les autres organes. Dans ce cas, les granulations tuberculeuses de la synoviale étaient plus nettes, plus faciles à reconnaître que dans l'arthrite tuberculeuse chronique, parce qu'il n'y avait pas de fongosités, pas de tissu inflammatoire englobant les granulations, et se confondant plus ou moins avec elles.

Il n'est pas étonnant de voir la tuberculose, qui se

localise si souvent dans les séreuses viscérales, envahir quelquefois les séreuses articulaires; je serais même porté à croire que, si l'on examinait avec soin les articulations chez les sujets qui meurent de tuberculose aiguë, on y trouverait assez souvent des granulations, et cela expliquerait les douleurs vagues dans les membres et les articulations dont se plaignent beaucoup de malades; mais, en général, on ne fait pas cet examen et il a fallu que ces douleurs prissent un caractère d'acuité tout-à-fait inusité pour que l'idée me soit venue d'ouvrir les articulations.

La confusion possible de la tuberculose aiguë avec le rhumatisme articulaire aigu est un fait clinique intéressant; il faudra se défier, à l'avenir, de ces rhumatismes articulaires qui s'accompagnent de pleurésie, de méningite, de péritonite, etc..., et qui se terminent par la mort, lorsque l'autopsie n'aura pas été faite.

L'existence de tubercules assez volumineux dans l'intérieur de la protubérance et dans le bulbe pourrait faire croire que ces lésions étaient plus anciennes que les autres, mais l'examen histologique a démontré que ces tubercules étaient constitués par un grand nombre de granulations serrées les unes contre les autres, et ces dernières granulations, dans lesquelles se décomposaient les gros tubercules de la protubérance et du bulbe, avaient le même volume que celles des autres organes. On peut donc admettre que tous les organes ont été envahis à peu près en même temps et que la maladie a évolué dans

l'espace d'une vingtaine de jours seulement. Il n'y avait pas trace de lésions tuberculeuses anciennes aux sommets des poumons ; on trouvait seulement les cicatrices d'une pleurésie du côté droit que le malade avait eue dans son enfance : adhérences solides des feuillets pleuraux, épaississement notable des plèvres.

Les tubercules trouvés à l'autopsie dans l'intérieur de la protubérance et dans le bulbe n'avaient donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme apparent, probablement parce que ces tumeurs avaient écarté les fibres blanches du bulbe et de la protubérance, sans les détruire ; il est à noter, du reste, qu'aucun de ces tubercules ne s'était développé sous le plancher du quatrième ventricule au niveau des colonnes de substance grise qui donnent naissance aux nerfs bulbaires. La dyspnée et l'asphyxie à laquelle le malade a succombé s'expliquent fort bien par les lésions pulmonaires et se rencontrent au même degré chez tous les malades qui succombent à la forme thoracique de la tuberculose aiguë ; il n'est donc pas nécessaire de faire intervenir une compression des noyaux des pneumogastriques par les tubercules du bulbe ou de la protubérance.

OBSERVATION II

(In Th. POWELL.)

X..., 45 ans, entre, au mois de mars 1873, à l'Hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 22 bis, service de M. Gubler.

Il présente des signes non équivoques de tubercules pulmo-

naires. On constate qu'il existe une caverne au sommet droit.

Interrogé sur ses antécédents, il affirme n'avoir jamais eu de douleurs articulaires, rien qui ressemble à du rhumatisme.

Plusieurs jours se passent sans amener de changement dans l'état du malade, lorsqu'un matin il se plaint de douleurs dans les membres inférieurs. Déjà les orteils et les pieds sont déformés par un gonflement assez considérable pour qu'on ne puisse reconnaître le point de départ du mal. Les points les plus affectés sont le gros orteil gauche et l'articulation tibio-tarsienne du même côté.

Au niveau des parties malades, la peau est lisse, tendue, mais sans changement de couleur ; le doigt peut la déprimer, comme les tissus œdématisés, et la pression n'éveille qu'une légère sensibilité.

D'ailleurs, le malade peut se lever et marcher. A la même époque, l'examen du cœur dévoile un bruit de souffle à la pointe, dans le foyer d'auscultation de l'orifice mitral ; il est franchement systolique, bien accentué, et accompagné de frémissement des parois thoraciques. On ne peut savoir au juste depuis combien de temps il s'est développé.

Deux jours plus tard, le mal s'est aggravé ; il s'est propagé aux deux genoux qui sont gonflés, tendus. Il y a de la chaleur locale, mais sans rougeur. On perçoit, de plus, les signes d'un épanchement intra-articulaire.

Les mêmes phénomènes gagnent les poignets, où un épanchement se produit dans les gaines tendineuses.

Il est remarquable que ces déterminations morbides du côté des articulations n'influencent pas, d'une manière sensible, l'état général. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'apparaît la fièvre et, six jours après son apparition, le malade succombe.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de tubercules miliaires. Vers les sommets, traces de pneumonie caséuse ; caverne à droite.

Le cœur est volumineux, grasseux ; la valvule mitrale épaissie. Petits noyaux calcaires dans la crosse de l'aorte.

L'articulation tibio-tarsienne gauche est entourée de tissu cellulaire infiltré. Les organes environnants sont sains. La synoviale est légèrement distendue et il s'en écoule un liquide

épais, filant, homogène, citrin, de consistance huileuse. La séreuse est lisse, luisante, d'aspect gélatineux, sillonnée de nombreux capillaires fortement injectés, qui lui donnent une couleur rose pâle. La surface de la membrane est bosselée et irrégulière; elle offre des saillies mamelonnées, saillies qui ne sont pas effacées par la tension. Elle est toute entière plus épaisse et plus consistante qu'à l'état normal.

L'articulation fémoro-tibiale gauche est aussi entourée de tissu cellulaire infiltré. La synoviale offre les mêmes saillies mamelonnées, mais plus rouges et plus proéminentes dans l'article. Le liquide, plus abondant que dans l'articulation tibio-tarsienne, n'est pas aussi homogène: il renferme des flocons fibrineux.

La partie interne de la face articulaire de la rotule offre à son centre un petit point dépourvu de cartilage; celui-ci est entièrement détruit jusqu'à l'os. Dans le reste de son étendue il est altéré, rugueux, d'aspect chagriné.

OBSERVATION III

(M. POLLOSSON, *in* Th. Cazaubon.)

Abd-el-Kader Zelde, 22 ans, née en Kabylie, ourdisseuse, entrée le 13 janvier 1882 à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Poncet, suppléé par M. Pollosson.

Aspect extérieur excellent: fille forte, grosse, grasse, bien musclée, peut-être un peu bouffie.

On ne sait rien sur les antécédents héréditaires. Comme antécédents pathologiques, lésion carieuse du sternum remontant à trois ans, avec fistule donnant une petite quantité de pus. Rien du côté du poumon. Pas de rhumatisme antérieur. La malade entre à l'hôpital pour une hydarthrose aiguë du genou, survenue brusquement trois jours avant l'entrée à l'hôpital. La malade n'a pas reçu de coup, n'a pas pris froid. En l'interrogeant, on apprend que les mictions sont douloureuses et qu'il y a des pertes blanches de date récente.

Le genou présente les signes d'une hydarthrose aiguë avec épanchement considérable; les douleurs sont très vives. Pas d'élévation de la température.

Par les renseignements donnés par la malade (l'examen direct n'a pas été pratiqué), on pense à une arthrite blennorrhagique. Cependant l'existence de la lésion sternale laisse des doutes sur la nature réelle de l'affection.

Le membre est immobilisé dans une gouttière de Bonnet et une couche de ouate; des vésicatoires sont placés autour de la jointure. On fait, autour du genou, de la compression ouatée. Sous l'influence de ces moyens, les douleurs et l'épanchement diminuent.

Pourtant, au 15 février, la tuméfaction est encore considérable et la malade ne peut mettre le pied à terre. On applique alors un bandage silicaté.

Un mois après, M. Poncet reprend le service : il examine le genou qu'il trouve toujours douloureux, tuméfié, moins nettement fluctuant; il applique des pointes de feu et immobilise dans un silicate. Du 15 mars au 15 juin, un troisième silicate. Au bout de ce temps, la tuméfaction et la douleur n'ayant fait que progresser, la malade s'amaigrissant, M. Poncet se décide à une intervention chirurgicale. Il ouvre, avec toutes les précautions antiseptiques, l'articulation du genou pour l'explorer et, se trouvant en présence d'une synoviale semée de granulations tuberculeuses, il pratique l'amputation de la cuisse. Depuis, la malade a repris de l'enbonpoint. La plaie d'amputation est cicatrisée (octobre 1882). L'état général est excellent. Les poumons sont sains.

Examen des pièces anatomiques (laboratoire de M. le professeur Pierret). — Les cartilages sont érodés. Les os présentent les lésions de la carie, mais pas de tubercules visibles à l'œil nu. La synoviale, épaissie, fongueuse par places, présente, à sa surface, une éruption confluyente de granulations grises et jaunes, de volume variant d'un grain de mil à un grain de plomb n° 5. C'est comme une éruption variolique, sauf l'ombilication. L'éruption est surtout marquée au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Ces élevures sont des tubercules, à n'en pas douter, à l'œil nu et au microscope.

De plus, on trouve, dans l'épaisseur du muscle triceps,

au-dessus et sur les côtés du cul-de-sac synovial, dans les espaces interfasciculaires, des granulations grises, grosses comme une tête d'épingle. M. le professeur Pierret en a fait l'examen microscopique et a reconnu la disposition classique de la granulation grise.

Enfin, dans le tissu cellulaire sous-cutané, autour de l'article, on trouve des granulations grises et de petits nodules caséeux.

Il s'agit donc d'une tuberculose miliaire à forme subaiguë de la synoviale, avec poussée granuleuse dans le tissu cellulaire périarticulaire sous-cutané et dans le tissu cellulaire interfasciculaire du muscle triceps, au pourtour du point de réflexion du cul-de-sac synovial supérieur.

OBSERVATION IV

(TEISSIER, *in* Th. Géniaux.)

En 1892, M. le professeur Teissier a observé un cas analogue. C'était l'histoire d'un jeune homme semblant faire des poussées rhumatismales du côté de ses synoviales, présentant, d'autre part, de l'endo-péricardite. Le diagnostic de tuberculose à forme de rhumatisme articulaire fibreux fut porté. Le malade fit de la symphyse péricardique. Quelque temps après, explosion de granulie pulmonaire. Mort.

OBSERVATION V

(*In* Th. Agrég. de QUINQUAUD.)

Ici la lésion tuberculeuse, en se généralisant, se produit sur la synoviale comme sur le péritoine ; la granulation y est donc primitive. Lorsque la maladie est subaiguë, on prononce parfois le nom de rhumatisme scrofuleux, admettant ainsi une sorte d'état hybride ; ici, ce sont des poussées tuberculeuses articulaires. Nous avons observé un cas de ce genre.

Un jeune homme de 28 ans, scrofuleux ganglionnaire, eut une première poussée articulaire, avec épanchement dans les deux genoux, simulant un rhumatisme subaigu. L'arthrite du genou gauche s'améliora beaucoup, tandis que l'arthrite du genou droit disparut. A cette époque, on ne constatait qu'une expiration prolongée, rude au sommet du poumon gauche ; le malade ne succomba que trois ans après le début de sa phthisie pulmonaire. L'affection articulaire présentait des granulations tuberculeuses.

OBSERVATION VI

(LANCEREAUX. — Atlas d'Anatomie Pathologique 1871.)

Obs. CCXCIV. — *Arthrite tuberculeuse du genou droit.*

Infiltration tuberculeuse des poumons

M..., âgé de 48 ans, admis à l'Hôtel-Dieu le 23 août 1866, est un homme bien constitué et d'apparence robuste. Il est malade depuis plusieurs semaines. On avait pu croire, tout d'abord, qu'il était atteint d'un rhumatisme articulaire, sans doute parce que plusieurs de ses jointures avaient été primitivement affectées. Toutefois, au bout de peu de temps, l'articulation du genou droit resta seule gonflée et douloureuse ; elle présentait les caractères de la tumeur blanche et, pour ce motif, M. Maisonneuve, dans le service duquel ce malade était placé, se décida à lui amputer la cuisse. La mort survint peu de temps après l'opération.

Autopsie. — La jambe amputée m'ayant été confiée, je l'examinai avec soin. Un liquide sale, trouble, floconneux sortit, au moment de l'ouverture, de l'articulation du genou malade. La synoviale, injectée dans toute son étendue et même au niveau de la bourse du tendon droit antérieur, se détache facilement des tissus sous-jacents et est infiltrée de granulations tuberculeuses miliaires et grisâtres. A sa surface, et au niveau même des ligaments croisés, existent quelques fausses membranes vasculaires et semées de points miliaires grisâtres

ou blanchâtres. Vues au microscope, ces fausses membranes présentent une trame fibroïde, des vaisseaux variqueux, et des granulations formées par des amas de petites cellules et des noyaux arrondis, très réfringents, semblables à ceux que l'on trouve dans les granulations tuberculeuses. Les cartilages articulaires, amincis, se détachent facilement de l'épiphyse osseuse; examinées au microscoppe, leurs cellules sont infiltrées de graisse. Les aréoles des extrémités osseuses qui composent le genou sont remplies de graisse, d'où une plus grande fragilité du tissu osseux. Les poumons, examinés après la mort, sont, à leurs sommets, le siège de granulations tuberculeuses disséminées. Le cœur et les autres organes sont peu altérés.

OBSERVATION VII (résumée).

(In Thèse de CLARAC)

Homme de 34 ans, charretier.

Bonne santé habituelle, sauf quelques rhumes de temps en temps pendant l'hiver.

En 1882, variole légère : six semaines d'hôpital. Huit jours après sa sortie, il a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu : les pieds et les genoux sont médiocrement enflés, mais très douloureux. Rien au cœur. Ces douleurs durèrent quatre ou cinq semaines, puis la santé revint.

Pendant l'hiver 1889-1890 bronchite et laryngite. Resté souffrant jusqu'à l'été suivant.

En janvier 1891, recommence à tousser, quelques sueurs nocturnes, pas d'amaigrissement notable. Entre à l'hôpital. Etat grippal avec laryngite suspecte et aphonie; signes de bronchite généralisée, sommet droit suspect.

26 mars 1891. — Douleurs articulaires avec gonflement, localisées d'abord au genou gauche, puis au pied gauche.

Au sommet droit, les lésions augmentent : bacilles nombreux dans les crachats. Rien à noter au cœur, si ce n'est que le premier bruit est mal frappé. Albuminurie notable.

Amélioration : le 8 avril, plus de douleurs, les mouvements sont parfaitement revenus.

12 avril. Réapparition des douleurs, d'abord au poignet droit, puis au poignet gauche et aux deux genoux. T. : 39°. Fièvre et douleurs jusqu'au 18 avril.

Les douleurs ne réapparaîtront plus, mais, à partir du 23, le malade recommence à tousser, la fièvre reprend ; ramollissement à marche rapide aux deux sommets : excavation au sommet gauche. L'état général baisse très rapidement.

Mort le 11 juin.

Autopsie. — Cœur hypertrophié : 350 gr. Pas de lésions orificielles.

Aux deux poumons, lésions très marquées de broncho-pneumonie tuberculeuse : au sommet gauche, vaste caverne remplie de pus et entourée de tissu fibreux.

« Il est fort regrettable que les articulations n'aient pu être ouvertes lors de l'autopsie ; on y aurait peut-être reconnu la véritable nature des manifestations pathologiques qu'elles avaient présentées ». L'auteur cite, à l'appui, l'observation de Laveran.

OBSERVATION VIII.

(In Thèse de CHAMARRO, 1888).

Tuberculose du grand trochanter. — Hydarthrose tuberculeuse aiguë du genou du même côté.

Le nommé S.... Georges, 44 ans, entre dans le service de M. le Professeur Trélat, pour une affection de la région trochantérienne droite.

Elle a débuté, en décembre 1885, par un énorme abcès froid. M. Trélat, dont le malade avait alors réclamé les soins, lui fit cinq ponctions suivies d'injection d'éther iodoformé. Ce traitement dura 2 ans et demi, pendant lesquels le malade sortit de l'hôpital, très amélioré.

10 juillet 1887. — L'abcès s'étant reproduit pour la sixième fois, le malade présentant des signes de tuberculose pulmo-

naire assez avancée, M. Segond pratiqua l'évidement du grand trochanter atteint d'ostéite tuberculeuse.

Le suites de l'opération furent médiocres, la suppuration s'éternisa de longs mois, les lésions pulmonaires s'aggravèrent et c'est dans ces circonstances qu'apparut l'hydarthrose du genou.

1^{er} décembre 1887, — Vers deux heures du soir, sans cause connue, le malade qui gardait le lit, avait la jambe droite immobilisée dans une gouttière métallique, a vu son genou droit grossir brusquement. En moins de deux heures il avait, dit-il, doublé de volume. Les renseignements que le malade donne sont nets et précis et ne laissent aucun doute à cet égard. Le lendemain matin, à la visite, M. Barette constate une hydarthrose considérable avec rougeur, tension des téguments, douleur à la pression et impotence fonctionnelle complète.

Il ordonne un vésicatoire, puis, au bout de quelques jours, un second et un troisième.

L'hydarthrose mit environ un mois à disparaître. Mais le genou continua d'être un peu plus gros que celui du côté opposé, et douloureux à la pression.

1^{er} janvier. — Pointes de feu.

Quand nous vîmes le malade, dans le courant de février, nous constatâmes que sa lésion trochantérienne était à peu près guérie. Son genou était toujours un peu gros ; il n'y avait pas de liquide dans l'articulation.

La synoviale était un peu épaissie dans toute son étendue mais surtout au-dessous de la rotule de chaque côté du ligament rotulien. Elle donnait la sensation mollassée de fongosités.

Les extrémités osseuses et, en particulier, les condyles fémoraux étaient un peu plus gros que du côté sain.

La pression révélait une douleur très manifeste sur le condyle externe du fémur, la tubérosité externe du tibia et la rotule surtout.

Les mouvements de flexion et d'extension étaient peu étendus et très douloureux.

Amyotrophie totale du membre, mais plus accentuée sur le triceps fémoral.

Du 15 février au 20 avril, peu de modification du côté du genou qui devient seulement un peu plus gros et plus douloureux.

20 avril. — Mort par les progrès de la lésion pulmonaire.

Autopsie faite le 22 avril.

Poumons. — Vaste caverne au sommet du poumon droit; caverne plus petite dans le poumon gauche, ramollissement dans le reste de leur étendue. — Trochanter. Le fragment d'os enlevé s'est complètement reproduit et il reste peu de traces de l'opération.

Articulation du genou. — 1^o *Capsule et ligaments croisés.* — La capsule est un peu épaissie et infiltrée, les tissus environnants ont un aspect lardacé.

Les ligaments croisés ont subi des altérations plus profondes. L'antérieur est détruit à son attache inférieure, ce qui se comprend puisque la portion du plateau tibial sur lequel il s'insère est ulcérée. Le postérieur est, au contraire, détruit à son attache supérieure à l'échancrure inter-condylienne.

2^o *Synoviale.* — A l'ouverture il ne s'écoule point de liquide de l'articulation. La synoviale est un peu épaissie et terne, elle a perdu son aspect brillant.

Sa face interne est, par places, rouge et fortement congestionnée. Elle présente, surtout dans le cul-de-sac sous-tricipital, des granulations miliaires assez abondantes, grosses comme une tête d'épingle ou un grain de millet, de coloration jaunâtre, de forme arrondie. Elles font une légère saillie manifestement appréciable à la vue, à la surface de la séreuse.

Ces granulations sont évidemment de nature tuberculeuse.

On trouve, en outre, des fongosités groupées en certains points : point d'insertion de la synoviale au bord postérieur du fibro-cartilage semi-lunaire interne ; condyle externe du fémur ; échancrure inter-condylienne ; bord interne de la rotule.

Ces fongosités ont un aspect rougeâtre, une consistance molasse.

Des fragments ont été confiés à M. le docteur Dubar qui en a fait l'examen au laboratoire du service. Il y a trouvé des tubercules avec leur structure caractéristique, mais tous les examens qu'il a pratiqués pour la recherche des bacilles ont été infructueux.

3° *Os et cartilages.* — Le cartilage d'encroûtement des condyles fémoraux est d'un blanc mat ; de plus, il est détruit en certains points.

La face articulaire du condyle externe présente une large ulcération empiétant sur l'échancrure inter-condylienne. Le cartilage a tout à fait disparu et, à la partie centrale de l'ulcération, l'os est détruit dans une épaisseur d'environ un demi-centimètre.

Le condyle interne présente, à l'union de sa face inférieure avec l'interne, une ulcération de forme ovale beaucoup plus petite et plus superficielle.

Le plateau tibial présente des lésions qui, comme pour le fémur, sont plus prononcées en dehors qu'en dedans.

La cavité glénoïde externe est ulcérée dans toute son étendue, l'os est intéressé dans une faible épaisseur. Le fibro-cartilage semi-lunaire flotte dans la cavité articulaire, ses moyens d'attache ayant été en partie détruits.

La cavité glénoïde interne présente, à sa partie postérieure, une petite ulcération lenticulaire remplie par des fongosités rougeâtres.

Le cartilage qui tapisse la face postérieure de la rotule a complètement disparu ; l'os est en voie de destruction, ce qui explique les douleurs intenses que ressentait le malade quand on pressait sur cet os.

Rien au péroné et à l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

En résumé, nous avons trouvé trois sortes de lésions : des granulations, des fongosités et une destruction partielle du cartilage et de l'os.

Les granulations semblent avoir été la lésion primitive ; il est infiniment probable que leur développement a été rapide et a eu pour conséquence l'hydarthrose suraiguë. Ensuite, en même temps que le liquide se résorbait, les ulcérations du cartilage et de l'os se sont produites. Du reste, la forme superficielle de ces ulcérations, leur aspect, montrent bien qu'elles se sont faites de l'intérieur, qu'elles n'ont pas eu comme point de départ un foyer osseux.

Il est très probable que la cause de l'hydarthrose suraiguë a été une granulie de la synoviale.

OBSERVATION IX (résumée).

(Thèse de CHAMORRO.)

Tumeur blanche du cou-de-pied gauche. — Hydarthrose tuberculeuse aiguë du genou gauche

Jeune homme de 17 ans, entré le 30 janvier 1880.

Pleurésie en octobre 1876.

Entorse, il y a un an, transformée à la longue en tumeur blanche du cou-de-pied, à forme molle.

Le 15 avril, au matin, il est trouvé porteur d'une hydarthrose du genou gauche très abondante, survenue brusquement, pendant la nuit, à l'insu du malade dont le membre était immobilisé depuis deux mois et demi.

Peau rouge, tendue, douloureuse ; aucune douleur à la pression sur les os ; mouvements du genou à peu près nuls et très douloureux. OEdème de la jambe dans la totalité.

L'affection se maintient dans un état aigu pendant assez longtemps ; application successive de deux vésicatoires volants. Le 2 mai seulement, on constate une légère amélioration, qui va s'accroissant. Le 18, le genou est presque normal et le 15 juin, l'affection semble guérie. Plus de liquide, les mouvements sont revenus, la rotule est mobile, pas de signe de lésion osseuse. On ne perçoit plus qu'un épaississement de la synoviale surtout marqué au niveau du cul-de-sac sous-rotulien. Peut-être, dit l'observation, est-il dû à la production de fongosités.

Mais les lésions du cou-de pied et du poulmon ont progressé, l'état général est plus mauvais.

« Comme le malade n'a point reçu de coup sur le genou, qu'il n'est ni rhumatisant ni blennorrhagique, n'a point de lésions du côté de son squelette du genou ; comme, d'un autre côté, il a des manifestations tuberculeuses multiples, il est logique de supposer que son hydarthrose est due à une poussée de granulations sur la synoviale, comme dans les cas de Laveran et de Poulet ».

OBSERVATION X (résumée.)

(Thèse de CHAMORRO),

*Mal de Pott lombaire. — Hydarthrose tuberculeuse aiguë
du genou gauche.*

Jeune homme de 20 ans; antécédents tuberculeux héréditaires et personnels (tuberculose costale).

Entré le 17 mars 1888, souffre, depuis le commencement de janvier, d'un mal de Pott au début. Abscès par congestion de la fosse iliaque gauche. Rien au poumon.

Révulsion sur la colonne, et immobilisation dans une gouttière de Bonnet.

31 mars. — Sans cause connue, sans traumatisme, le malade, immobilisé dans sa gouttière, a constaté, le matin, au réveil, que son genou gauche était très augmenté de volume. Fluctuation.

Deux vésicatoires successifs.

Le 28 avril, l'affection est très améliorée et, le 20 mai, guérison complète; plus de liquide, plus de douleurs, la rotule est mobile; on note seulement la persistance d'une douleur à la pression dans le tiers supérieur du fémur, douleur qui avait été signalée dès la mise en gouttière du malade.

DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

OBSERVATION XI

(In Th. HUGOT)

(Rédigée par le Dr GIMBERT, de Cannes.)

Cas de poussée congestive suraiguë avec hémoptysie, pseudo-rhumatisme infectieux, tuberculose miliaire aiguë buccale, dans le cours d'une tuberculose chronique. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, ramassée presque morte de faim sur le pavé de Paris, sans ressources et sans famille. En présence de son état d'anémie extrême, le médecin de Paris avait diagnostiqué : « Misère physiologique ; tuberculose probable ».

A son arrivée à Cannes, je trouve quelques râles bullaires. Au sommet gauche, en arrière, sans souffle ni gargouillement. L'anémie était profonde ; tachycardie sans souffle, aménorrhée. La torpeur intellectuelle était des plus profondes.

Soumise à l'admirable vie de la « Villa Louise-Ruel », elle vécut un mois sans accidents notables ; pourtant le caractère devenait de jour en jour plus pénible, à l'abattement de l'arrivée succédait une excitation notable. Cette enfant, malgré le bien-être de sa situation, maigrissait toujours, son anémie ne se modifiait pas.

Vers la fin de décembre 1898, elle est prise de fièvre et de mal de gorge suspect ; la température monte, en deux jours, progressivement à 40 degrés, tandis qu'apparaît aux deux pieds une fluxion articulaire douloureuse, tenant toutes les articulations et la gaine des péroniers. *Je diagnostiquai une infection rhumatismale* (mais avec point d'interrogation sur son facteur étiologique et, de fait, toute thérapeutique antirhumatismale, salicylate de soude et de méthyle, antipyrine, fut sans effet). Trois jours plus tard, une seconde poussée gagna la main droite, présentant les mêmes caractères de diffusion articulaire et tendineuse.

A la fin de la première semaine, hémoptysie violente ; le poumon gauche est mat, du haut en bas on y entend du souffle et des-bouffées de râles fins ; du même côté existe de la pleurodynie, du côté droit s'entendent des foyers de râles disséminés. En même temps, tachycardie énorme avec palpitations, souffle aortique systolique. Délire.

L'examen bactériologique des crachats, répété trois jours de suite, ayant fait constater une quantité considérable de bacilles de Koch, je porte le diagnostic de congestion pleuro-pulmonaire granulique, avec endocardite tuberculeuse aiguë et pseudo-rhumatisme infectieux.

Un autre phénomène vient encore plaider en faveur de la granulie. Depuis le début, la dysphagie avait été douloureuse ; l'examen de la bouche me permit de constater, sur la partie postérieure du voile du palais, un semis de petites granulations miliaires parfaitement adhérentes, légèrement surélevées. La luette et les piliers étaient tuméfiés, les amygdales palatines congestionnées, pourtant on ne notait pas d'engorgement ganglionnaire. L'état pulmonaire suivait son cours, la dysphagie devenait progressive, les granulations gagnaient sur le bord de la langue avec les mêmes caractères, tandis que celles apparues au pourtour de la luette ont commencé à s'ulcérer. Ulcération saignante, isolant en quelque sorte la luette et gagnant peu à peu vers la base de la langue. La dysphagie atroce empêchait toute alimentation.

Cette évolution concomitante des autres localisations me fit penser à une tuberculose miliaire bucco-pharyngée.

Comme traitement local, nous instituâmes des cautérisations

répétées fréquemment avec le naphthol, tandis que nous agissions sur l'état général par des lavements de créosote.

Le premier lavement fut de 3 grammes, le second et le troisième de 4 grammes, ces trois lavements pris chacun à un jour d'intervalle.

Le résultat fut des plus étonnants, nous vîmes la température tomber en quatre jours, le murmure vésiculaire redevenir normal dans les deux poumons.

Les articulations ont repris leur mobilité normale sans qu'il persistât de raideur ou de déformation.

Quant à la granulie buccale, sous l'action du naphthol les ulcérations se sont circonscrites, les bords se sont remis à végéter, tout s'est cicatrisé, laissant une cicatrice pâle non rétractile, le tout en un mois de temps.

L'état général s'est parfaitement relevé, la menstruation est réapparue normale, il ne persiste aucun bruit de souffle au cœur.

Telle fut l'évolution de ce cas. Comment l'interpréter ? Nous voyons souvent dans nos régions s'épanouir, en quelque sorte, les tuberculoses larvées, et cela au bout d'un mois ou deux de séjour. Ici, à l'action tonifiante du climat s'ajoutait encore la vive influence du passage brusque de la misère au luxe et de la faim à la richesse de table. Tout cela, revivifiant cet organisme, augmentait son pouvoir réactionnel, et cette malade qui avait eu en elle un germe infectieux auquel elle ne pouvait opposer que de minimes résistances a réagi violemment, grâce aux nouveaux éléments de lutte qu'elle venait d'acquérir du fait de sa nouvelle situation.

La réaction a eu la violence d'une poussée granulique suraiguë de tuberculose, et pourtant elle s'est terminée par la complète guérison ; résultat heureux de la créosote, ce n'est pas le premier que j'enregistre dans des cas pareils, depuis qu'il est possible de l'administrer à des doses élevées.

OBSERVATION XII

(PALLARD, Thèse de Genève, 1901.)

*Poussées granuliques discrètes, polyarticulaires,
simulant une attaque subaiguë de rhumatisme.*

B..., S., 45 ans, sellier, entré le 13 octobre 1900.

Parents inconnus. Deux frères bien portants.

Le malade n'est pas marié. Fièvre typhoïde en 1876, grippe en 1889.

Premier séjour à l'hôpital cantonal, du 24 mai au 7 août 1897, pour néphrite aiguë *a frigore*. Depuis le 18 juin jusqu'à la fin de son séjour, il n'avait plus d'albuminurie. Il persista longtemps des douleurs lombaires. On ne constata rien d'anormal, à cette époque, du côté de l'appareil broncho-pulmonaire. Poids: 50 kilos 500.

En quittant l'hôpital, le malade a repris son travail. Il a joui d'une bonne santé, à part quelques récides de douleurs lombaires à l'occasion du froid et de la pluie. Le malade travaille fréquemment à la campagne, dans des granges humides et par tous les temps.

Actuellement, le malade souffre énormément du moindre changement de position dans son lit. Ses douleurs lombaires l'ont repris il y a quinze jours et ont augmenté lentement et progressivement. Les douleurs se propagent aux deux cuisses, sur le trajet des nerfs sciatiques.

La région scapulaire droite est aussi le siège de vives douleurs, exagérées par le moindre mouvement, sans tuméfaction.

Traitement: antipyrine, 2 gr.; frictions de salicylate de méthyle sur l'épaule et la région lombaire.

Au point de vue pulmonaire, on ne constate qu'un peu de diminution du murmure au sommet gauche, en arrière.

Pas de toux ni d'expectoration.

Rien de spécial au cœur.

Du côté du système digestif on note une constipation habituelle.

Rien d'anormal à l'estomac ni au foie.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

24 octobre — Le genou gauche et le pied droit sont très douloureux et un peu tuméfiés. T. : 38°2. Salicylate de soude, 5 gr. par jour.

Poids : 44 k. 300.

30 octobre. — Les articulations sus-mentionnées sont moins douloureuses, mais l'articulation coxo-fémorale gauche est, depuis hier, le siège de vives douleurs.

12 novembre. — La température continue à être de temps en temps élevée le soir. Le malade n'a pas d'appétit. Poids : 44 kilos.

M. le professeur Bard examine le malade et porte le diagnostic de granulie discrète polyarticulaire.

On constate, au sommet gauche, et spécialement dans l'espace interscapulaire, une diminution de sonorité très appréciable, à laquelle correspond une diminution du murmure vésiculaire, avec bronchophonie légère, sans râles. On ne trouve pas d'autres manifestations ailleurs dans le poulmon.

25 novembre. — Le malade souffre toujours des pieds et du genou droit.

La recherche du bacille de Koch dans quelques rares crachats est négative. Le malade ne tousse pas.

Urines : albumine : 0 ; sucre : 0 ; indol : 0 ; scatol : 0.

Urée : 6 ‰. Phosphates : 1,95 ‰.

3 décembre. — L'examen radioscopique du thorax montre le poulmon gauche sensiblement plus obscur que le droit, qui est tout à fait transparent. On commence des lavements d'huile de foie de morue avec 30 gouttes de créosote.

8 décembre. — La réaction tuberculeuse, provoquée par l'injection sous-cutanée de 50 cc. de sérum physiologique, donne un résultat nettement positif.

25 décembre. — Même état. Les douleurs sont toujours aussi vives aux pieds et aux genoux. La colonne cervicale est aussi le siège de vives douleurs. Pointes de feu. La température tend cependant à baisser. Poids : 45,600.

15 janvier. — On ne constate aucune amélioration. Poids : 45 k. L'articulation tibio-tarsienne gauche est toujours le

siège de vives douleurs. Elle est tuméfiée et très douloureuse à la pression. Badigeonnages de teinture d'iode.

Le malade cesse les lavements créosotés et prend chaque jour 1 gramme de tannin en potion.

19 janvier. — Le condyle interne du genou gauche est tuméfié et douloureux; la moindre pression de la zone douloureuse arrache des cris au malade. Application de sachets de sable chaud.

24 janvier. — Depuis trois jours on fait un badigeonnage avec 15 gouttes de gaïacol sur le genou gauche. Le malade prétend en avoir retiré quelque soulagement. Poids: 44,700.

Au laryngoscope, on constate, sur la corde vocale droite, à sa partie moyenne, un nodule blanc entouré d'une zone hyperémée. Sa nature tuberculeuse est douteuse.

15 février. — Poids : 44 kilos.

25 février. — Poids : 43 kilos.

1^{er} mars. — L'état du malade est absolument stationnaire. Cependant la fièvre tend à baisser. Le poids diminue.

OBSERVATION XIII

(Thèse de POWELL.)

En 1860, un jeune homme de 17 ans entra à l'hôpital Beaujon, salle Saint Louis, n° 30, se plaignant de douleurs articulaires ayant débuté depuis trois jours et siégeant principalement dans les deux genoux qui étaient gonflés, douloureux à la pression et présentaient une teinte légèrement rosée.

La fièvre était assez vive, le pouls de 96 à 100, la température élevée.

M. Gubler diagnostiqua un rhumatisme articulaire aigu, et reconnut des lésions cardiaques concomitantes. Il constata un bruit de souffle au premier temps, ayant son maximum à la pointe, ainsi qu'un frottement intense dans la région précordiale.

Point d'autres symptômes de lésions viscérales.

On prescrivit le sulfate de quinine (1 gramme en 4 doses dans les 24 heures). Applications de compresses mouillées sur les ointures douloureuses.

Après quelques jours de ce traitement, les phénomènes aigus du rhumatisme s'apaisent; la fièvre tombe, les genoux se dégagent; seulement les bruits de frottement péricardique persistent au même degré. Puis on voit se produire tous les signes locaux et généraux de l'hypertrophie aiguë du cœur : voussure marquée de la région précordiale, étendue plus grande du soulèvement, sans choc distinct dans la région de la pointe, accroissement énorme de la matité, faiblesse du pouls, dyspnée.

Au bout de quelques semaines, le sujet commence à être pris d'une toux sèche, sans que l'auscultation et la percussion révèlent encore aucune modification notable du parenchyme pulmonaire. Mais, plus tard, on découvre quelques sibilances quelques froissements pulmonaires, une légère diminution du murmure vésiculaire et de la résonnance, avec de l'expiration prolongée. Enfin ces symptômes s'accusent plus nettement, et c'est alors que M. Gubler songe à une relation entre ces phénomènes pulmonaires et les accidents articulaires et cardiaques qui les ont précédés.

En quelques mois, l'affection cardiaque parcourt toutes ses phases et le malade succombe.

A l'autopsie, faite en présence de M. Gubler, on constate, dans les sommets des deux poumons, des granulations grises et de petits tubercules jaunes dont quelques-uns commencent à se ramollir au centre.

Le cœur, énormément augmenté de volume, est entouré d'une double couche de matière tuberculeuse jaune, dont l'ensemble atteint une épaisseur de 8 à 10 millimètres, et même davantage par places; cette couche de substance de nouvelle formation est déposée dans les deux feuillets viscéral et pariétal du péricarde, qui sont soudés par du tissu cellulo-vasculaire dans la presque totalité de leur étendue, laissant seulement çà et là de petites lacunes ou cavités, vestiges de l'ancienne cavité péricardique.

Nous trouvons, dans cette observation, des accidents articulaires à marche aiguë, compliqués de péricardite, et ayant d'abord tout l'aspect du rhumatisme ordinaire. Tel fut le diagnostic porté pendant

la première période de la maladie, et avant l'apparition des symptômes pulmonaires. Mais ceux-ci, se montrant inopinément dans le cours d'une affection d'apparence rhumatismale, font douter M. Gubler de l'exactitude de ce premier diagnostic. Frappé de ces manifestations du côté du poumon, il se demande si le malade, déjà sous le coup de la diathèse tuberculeuse, n'a pas présenté des lésions articulaires et cardiaques qui n'ont été que le début de la maladie générale, au lieu de la précéder simplement, en y restant complètement étrangères.

L'autopsie est venue justifier cette hypothèse. En effet, s'il est regrettable que les articulations malades n'aient pas été l'objet d'un examen spécial, la présence de tubercules dans la séreuse péricardique est une preuve suffisante. Comment supposer, en effet, que, chez un sujet qui n'est pas en puissance de la diathèse tuberculeuse, une telle péricardite se développe comme complication d'un rhumatisme simple? Et, si cette péricardite est née sous l'influence de la tuberculose, pourquoi n'en serait-il pas de même de l'affection articulaire?

OBSERVATION XIV

(*Bezançon, Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux,*
24 octobre 1901.)

Pseudo-rhumatisme tuberculeux. *Tuberculose généralisée des séreuses.*

X..., âgée de 24 ans, ne présente aucun antécédent tuberculeux et a toujours joui jusque-là d'une bonne santé; troublée seulement par quelques crises d'hystérie. Fille d'alcoolique,

elle a un peu abusé du vin pur, de la bière et aussi des essences.

Le début de la maladie remonte au mois de février 1900 et se traduit par une faiblesse générale que rien n'explique en apparence et, de temps à autre, par des syncopes.

En juillet 1900, on constate pour la première fois, une hydarthrose du genou, qui prend subitement un développement considérable et ne cède qu'au bout d'un mois, après compression énergique et application de pointes de feu.

Cette hydarthrose est bientôt suivie de phénomènes articulaires qui rappellent la polyarthrite rhumatismale.

Toutes les grandes articulations sont le siège de douleurs extrêmement vives, de tuméfaction et de rougeur ; les fluxions sont mobiles et ne se cantonnent guère plus de huit jours sur la même articulation.

La polyarthrite s'accompagne d'un état général grave avec anorexie totale, nausées, céphalalgie, fièvre oscillant entre 38 et 40 degrés.

Le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude ne déterminent aucun soulagement.

Pendant six mois, les accès de polyarthrite, avec fièvre élevée, se succèdent sans interruption, déterminant un état d'anémie extrême.

En décembre 1900, époque où nous voyons la malade pour la première fois, celle-ci souffre de l'articulation du coude et de l'épaule droite qui sont le siège d'un gonflement très marqué ; la peau, au niveau de l'articulation, est rouge et chaude, extrêmement œdématiée ; l'impression est qu'il s'agit de pseudo-rumatisme infectieux, et non d'arthrite rhumatismale. La température est très élevée, aux alentours de 40 degrés, à grandes oscillations ; les sueurs sont extrêmement abondantes, surtout la nuit.

La malade est d'une pâleur extrême ; les muqueuses sont décolorées ; à l'auscultation du cœur on perçoit un souffle systolique très intense au niveau de la pointe ; le pouls est régulier.

L'examen de la poitrine décèle, au niveau de la plèvre droite, la présence d'un épanchement.

La rate est volumineuse et perceptible à la palpation sous le rebord costal.

La pâleur extrême de la malade, l'hypertrophie de la rate pouvant être symptomatiques d'un état leucémique, l'examen du sang de la malade est pratiqué par le Dr Leredde, qui ne constate pas de leucocytose appréciable.

Dans l'hypothèse d'un kyste suppuré de la rate avec pleurésie de voisinage et pseudo-rhumatisme infectieux, nous pratiquons une ponction exploratrice de la plèvre, et retirons un liquide citrin, clair.

Le cyto-diagnostic de ce liquide, pratiqué selon la technique de Widal et Ravaut, révèle la présence de nombreux lymphocytes, sans cellules endothéliales, ni leucocytes polynucléaires.

De décembre à avril la malade continue à avoir de la fièvre à grandes oscillations, la température s'élevant parfois jusqu'à 41 degrés, l'accès s'accompagnant, le plus souvent, de sueurs profuses; l'hyperthermie coïncide en général avec de nouvelles poussées d'arthrite, des coudes, des genoux, de la hanche; ces poussées s'espacent, d'ailleurs, de plus en plus, et finissent même par disparaître.

L'épanchement constaté au niveau de la plèvre gauche ne tarde pas à diminuer et des frottements succèdent au silence respiratoire qu'on percevait à la base du thorax. Les frottements sont d'ailleurs perçus dans toute la hauteur de la plèvre, aussi bien au sommet qu'à la base; on les perçoit aussi au niveau de la plèvre droite, mais en moins grand nombre.

Le ventre de la malade est tuméfié, douloureux spontanément et à la pression, surtout lorsqu'après avoir déprimé la paroi, on fait une décompression brusque; le tympanisme est extrêmement marqué, et l'on constate tous les signes d'un épanchement libre dans la cavité péritonéale.

La malade a de l'anorexie, souvent des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation.

En avril, pour la première fois depuis près d'un an, les poussées d'arthrite et de périarthrite disparaissent, les sueurs deviennent moins abondantes, l'appétit reparait; cependant l'anémie reste extrêmement marquée et la malade a peine à se tenir debout; le souffle persiste à la pointe; la rate, extrêmement volumineuse, déborde de plusieurs travers de doigts les

fausses côtes et tend à pointer du côté de l'ombilic. L'amélioration est de courte durée; la malade accuse une céphalée extrême, les urines deviennent rares, albumineuses et sanguinolentes; les membres inférieurs sont œdématiés. Après quelques semaines de régime lacté, l'œdème des membres inférieurs diminue, l'albumine disparaît et la malade peut quitter Paris pour la campagne.

Là, au bout de quelques jours, la fièvre, qui avait été très peu élevée pendant les périodes précédentes, reparaît, accompagnée de frissons et de sueurs profuses; la malade a du délire nocturne, de l'anorexie complète; elle vomit tous les aliments, même le lait; le ventre est très ballonné, douloureux; le foie est tuméfié; la rate, extrêmement augmentée, descend à l'ombilic; dans le péritoine, on constate du liquide en assez grande quantité.

Dans les premiers jours de juillet la malade meurt, après avoir présenté de la raideur de la nuque, une agitation extrême et un état comateux terminal.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Publiée par M. GALLIARD, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1901.)

Clémentine P..., 17 ans, entre le 15 février 1896, à l'hôpital Tenon.

Mère morte phthisique à 32 ans; deux sœurs mortes à 3 et 5 mois.

Réglée à 12 ans, a toujours été anémique et disposée à s'enrhumer facilement. Jamais de maladie grave jusqu'au commencement de cet hiver.

Depuis deux mois, elle tousse et crache. Elle aurait craché du sang, il y a un mois; a eu des sueurs nocturnes, perte d'appétit, amaigrissement. Craquements au sommet gauche; submatité sous la clavicule gauche; estomac dilaté.

La malade est traitée par les injections intra-musculaires

d'huile gaïacolée et la suralimentation. Amélioration à la fin de février ; fièvre moins vive, appétit meilleur, craquements du sommet gauche atténués. Continuation des injections de gaïacol après une courte interruption.

Le 22 mars, violent frisson. Température 38° 5 le matin, et 39° 6 le soir. Douleurs épigastriques très vives. Estomac très dilaté et tympanisé. Interruption des injections de gaïacol. Injection de morphine. Glace sur l'abdomen.

Le 23 mars, température abaissée à 38° 4, mais pouls toujours rapide (20) et respiration accélérée (30). Dyspnée, facies abdominal, ventre ballonné, très sensible à la pression. Vomissements bilieux, diarrhée bilieuse.

M. Galliard pense à la granulie avec détermination péritonéale. A la base du côté gauche, en avant, on découvre de la matité et un souffle tubaire : foyer de pleuro-pneumonie. Champagne, chlorhydrate de cocaïne, onctions calmantes : le soir 38° 4.

Le 24 mars, 36° 5. P. : 120. R. : 60. Même facies, céphalalgie, hyperesthésie, raie méningitique, rougeur de la pommette gauche. Encore des vomissements. Souffle tubaire atténué ; pas de râles crépitants ni de crachats visqueux. Le soir, 37° 8.

Les 26, 27, 28 mars, amendement de tous les symptômes.

Mais, le 29 mars. nuit agitée, vomissements alimentaires. La douleur thoracique est si vive qu'on a beaucoup de peine à examiner la malade. Cependant, disparition des râles et retour du souffle tubaire peuvent être constatés. Le soir : 39° 8.

Le 30 mars, 37° 6. Tuméfaction des articulations des doigts, M. Galliard admet un pseudo-rhumatisme infectieux ; le soir, 39° 5. Même état jusqu'au 3 avril ; l'œdème existe aux deux mains, plus accentué à droite.

Le 4 avril, 37° 8 et 38°. Malade plus calme, hyperesthésie moins accentuée, mais l'œdème des mains persiste et de plus rhumatisme des deux genoux. Le gauche, plus gonflé que l'autre, est le siège d'une fluctuation manifeste : il y a donc hydarthrose aiguë.

Le 5 avril, 37° 8 et 38° 1. Hydarthrose des deux genoux, rhumatisme persistant des doigts, rhumatisme des articulations médio-tarsiennes,

A partir du 6 avril, la température ne dépasse guère 37°.

Le 8 avril, sueurs profuses; aux mains et aux pieds le rhumatisme s'atténue.

Le 11 avril, sueurs toujours abondantes. Un abcès se forme à la face externe de la cuisse droite où des injections hypodermiques ont été pratiquées. Le pseudo-rhumatisme s'atténue.

Le 12 avril, l'abcès est incisé; un grand verre de pus s'en écoule. Les articulations sont presque dégagées.

Le 13 avril, le pseudo-rhumatisme a disparu. A l'examen de la base gauche du thorax, matité en arrière et dans l'aisselle, mais sur une très faible hauteur. La région diaphragmatique gauche est le siège d'un souffle qu'on ne retrouve pas plus haut. Le sommet gauche présente des râles sous-crépitaux. A droite, au sommet, respiration rude; rien au cœur.

Le 20 avril, mêmes signes de pleurésie diaphragmatique gauche.

Le 1^{er} mai, quelques bouffées de râles fins à la base gauche, en avant. Craquements humides au sommet.

Le 8 juin, hémoptysie.

Le 20 juin, les signes de tuberculose persistent aux deux sommets, surtout à gauche. Submatité à la base gauche. L'estomac est considérablement dilaté. Malgré l'amélioration apparente de l'état général, la malade n'a pas augmenté de poids pendant 4 semaines. Elle quitte alors l'hôpital.

OBSERVATION XVI (résumée)

(HOBBS, *Presse Médicale*, 25 février 1903.)

Le début des accidents se traduit par un gonflement brusque du genou droit, atteignant d'emblée des proportions considérables, accompagné de douleurs vives et de fièvre intense; l'affection dure trois mois et finit par céder. Cinq mois après, le malade ressent à nouveau une douleur dans la même articulation, et présente une impotence complète, due à une demi-ankylose de l'articulation. Huit jours après l'entrée, la fièvre s'allume et le malade présente tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. Mort treize jours après l'entrée.

A l'autopsie, on trouve des adhérences pleurales anciennes et des lésions récentes de granulie généralise. L'examen de l'articulation n'a pu être pratiqué.

OBSERVATION XVII

(MÉRY. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*,
18 juin 1903).

Fillette de 6 à 7 ans, entrée pour de la fièvre et des douleurs articulaires qui parurent un peu modifiées par le salicylate; mais la fièvre ne tomba pas, et l'on vit apparaître, presque immédiatement, des phénomènes de tuberculose pulmonaire, puis des hématuries, du gonflement du foie, toute l'évolution d'une tuberculose subaiguë à laquelle la petite malade dut succomber très rapidement. Le contrôle de l'autopsie manqua, car l'enfant quitta l'hôpital quelques jours avant son décès probable.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Ainsi qu'on a pu le voir, les observations que nous avons réunies ne forment pas, au point de vue symptomatique, un groupe bien homogène et leur étude comparative ne nous permet pas de tracer, par une vue d'ensemble, un tableau clinique de cette forme du pseudo-rhumatisme tuberculeux.

Chaque observation doit faire l'objet d'un examen spécial.

L'observation I est devenue classique : elle constitue, à elle seule, un type, celui de la tuberculose aiguë des articulations. Suivant la remarque de M. Pollosson, la poussée granuleuse est ici l'expression articulaire d'une granulie généralisée ; la localisation sur les synoviales a été peut-être la première en date dans tout l'organisme, à coup sûr la première qui se soit manifestée par des symptômes cliniques.

Les auteurs sont unanimes à déclarer que cette forme de la tuberculose articulaire est plutôt médicale que chirurgicale.

De tels cas sont particulièrement rares, exceptionnels, dit M. Teissier. Empis n'en avait pas rencontré. « L'inflammation granulique, dit-il, présente, pour les nombreuses séreuses articulaires, aussi peu d'affinité que pour les membranes séreuses du cœur et des vaisseaux. Les membranes séreuses articulaires sont parfaitement aptes à l'inflammation, à l'exsudation albumino-fibrineuse et à la suppuration et cependant l'inflammation granulique n'a pas d'affinité pour elles et les épargne dans les cas les plus aigus comme les plus généralisés ». Dans un article sur la tuberculose articulaire, paru en 1879, Brissaud émettait l'opinion que, si la tuberculose miliaire aiguë des synoviales n'a pas été signalée plus souvent, « c'est, selon toute vraisemblance, parce qu'elle n'a pas été recherchée avec tout le soin désirable. Il suffit que, par hasard, l'avertissement ait été donné une fois (Laveran), pour qu'à l'avenir on s'inquiète plus exactement de l'état des séreuses articulaires dans la phtisie aiguë ». Deux ans plus tard, Ricard écrivait, dans sa thèse, qu'après avoir relevé toutes les observations de granulie consignées dans les différents recueils depuis près de vingt ans, il n'avait pas trouvé d'autre exemple de localisation sur les synoviales que celui de Laveran.

C'est encore la même observation que l'on retrouve, aujourd'hui, citée dans tous les traités, au chapitre des localisations anormales de la granulie. Grancher, cependant, dans son article du Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique, fait allusion

à un cas personnel. Il s'agissait d'un enfant chez qui « ce fut précisément l'aspect d'une arthrite survenue dans le cours d'un état pathologique indéterminé, accompagné d'amaigrissement, de fièvre, d'anémie et de crises d'albuminurie, qui mit sur la voie du diagnostic ». Marfan, dans le *Traité de Médecine*, relate, sous l'étiquette de tuberculose miliaire aiguë à forme latente, l'observation d'un malade au sujet duquel, pendant trois semaines, on fit le diagnostic *hydarthrose, embarras gastrique sans fièvre*, et qui mourut, « en quelques heures », avec des symptômes de méningite. L'autopsie fit constater une granulie généralisée dans les viscères et dans l'articulation qui avait été le siège de l'hydarthrose. « Toute l'évolution du mal avait été silencieuse et apyrétique ».

Nous croyons pouvoir faire rentrer dans la même catégorie l'observation IV et l'observation II, au sujet desquelles, malheureusement, les détails cliniques et anatomo-pathologiques font défaut. Malgré la brièveté de l'exposé, il nous a paru que les accidents ultimes présentés par le malade de Powel peuvent être rattachés à une génération granulique, dont les premiers symptômes se seraient manifestés au niveau des jointures, quelques jours avant l'apparition de la fièvre. Ici, comme dans le cas de Marfan, le malade put continuer à marcher pendant longtemps. L'autopsie vient à l'appui de cette hypothèse et la confirmerait pleinement si l'examen histologique avait été fait. Nous devons observer, cependant, qu'on ne nous dit pas si toutes les arti-

culations atteintes ont présenté « des saillies mame-lonnées ».

Nous voyons, par l'étude de ces quelques observations, que les accidents articulaires, dans la granulie généralisée, précèdent, en général, de six jours à un mois, selon nos observations, l'explosion granulique terminale, et c'est à ce titre qu'ils nous intéressent. Ils peuvent même précéder la fièvre, qui peut elle-même faire défaut d'après Marfan — et ne pas donner lieu à des douleurs vives; il ne saurait être alors question de rhumatisme.

Mais on connaît des cas — et celui de Laveran en est le type — où des observateurs attentifs ont pu porter, à faux, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Ils constituent un premier groupe bien défini, celui de la granulie articulaire aiguë ou subaiguë, déjà qualifiée de rhumatoïde par Quinquaud et, après lui, par Cazaubon. Nous reporterons au chapitre suivant l'étude générale de ses symptômes.

Tout à côté de ce premier groupe nous devons présenter une observation que Cazaubon y faisait rentrer : c'est l'observation III.

Nous n'avons pas, en effet, à étudier ici les observations que Cazaubon a groupées sous le nom de granulie articulaire chronique (1), et qui ont constitué une manifestation primitive de la tuberculose

(1) Observation de LAVERAN, 1877.

Observation de LANNELONGUE, 1878.

Observation de POULET, 1884.

Observation de POLLOSSON (Leçon clinique).

articulaire, l'affection se terminant, au bout de un ou plusieurs mois, par une généralisation tuberculeuse. Nous n'étudions ici la granulie articulaire que dans ses rapports de symptomatologie avec le rhumatisme, et les arthrites auxquelles nous faisons allusion, essentiellement chroniques, n'ont pas simulé le rhumatisme.

Par contre, l'observation III nous offre le type très intéressant d'une granulie monoarticulaire qui fit songer, dès le début des accidents, à une arthrite rhumatoïde. La malade avait des pertes blanches, ses mictions étaient douloureuses; on porta, sans pratiquer l'examen du pus, le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique.

Nous ferons remarquer, avec Cazaubon, qu'on peut distinguer deux phases dans son évolution. Dans la première, l'affection s'est présentée comme une hydarthrose aiguë et l'on a pensé à une arthrite blennorrhagique; dans la deuxième, on s'est trouvé en face d'une arthrite chronique avec altération de la santé générale, différant de la tumeur blanche par l'absence de pus et de fongosités. Si bien qu'il est permis de se demander si le premier diagnostic n'était pas justifiable, et si l'atteinte blennorrhagique n'a pas créé au niveau de la jointure un *locus minoris resistentiæ* sur lequel la détermination tuberculeuse se serait faite.

Quoi qu'il en soit, il ne s'est pas agi là d'une simple tuberculose de la synoviale, mais d'une véritable granulie de la région dont le foyer initial a été dans la séreuse articulaire.

Nous n'avons pas cru devoir nous appuyer sur les observations suivantes que nous rapportions sous toutes réserves.

L'observation V est d'une brièveté regrettable. Elle ne donne pas les renseignements nécessaires sur la marche des accidents. Elle spécifie simplement qu'il y avait, à l'autopsie, trois ans après le début des accidents, des granulations tuberculeuses dans l'articulation malade.

L'observation VI est un peu plus détaillée. Mais, là aussi, l'allure clinique des accidents n'a pas fait l'objet d'une étude spéciale et nous n'oserions affirmer qu'il s'agisse ici de granulie articulaire primitive. La façon dont la maladie a débuté, la présence de granulations dans la jointure devaient cependant retenir notre attention.

L'observation VII est comparée, par son auteur, à celle de Laveran. Cette circonstance seule nous a engagé à la reproduire.

Restent les trois observations de Chamorro. L'interprétation qu'il en donne nous obligeait à les rapporter. Mais, d'une part, elles ne nous ont pas paru absolument convaincantes, au point de vue anatomo-pathologique, et l'auteur lui-même ne donne sa première observation, celle qui a été vérifiée et qui a servi de base à son travail, que comme « très probablement due à une granulie de la synoviale ». D'autre part, nous n'avons pas vu que le diagnostic se soit arrêté, dans ces trois cas, à la possibilité d'une atteinte rhumatismale ; nous devons ajouter, cependant, que, dans son chapitre

consacré au diagnostic, l'auteur a envisagé cette hypothèse.

Nous arrivons maintenant à notre second groupe d'observations ; il est constitué par des cas qui se sont terminés soit par la guérison complète, soit par la mort, mais sans qu'on ait pu vérifier le diagnostic.

Nous avons présenté, tout d'abord, l'observation de Gimbert, si voisine de notre premier groupe, puis celle du professeur Bard, publiée dans la thèse de Pallard avec le diagnostic de granulie discrète. Quant à l'observation de Powell, ses données ne nous ont pas permis de lui assigner, à coup sûr, une place déterminée.

C'est à la remarquable observation de Bezançon que se rattachent les suivantes, toutes de date récente. Il a suffi que les recherches du professeur Poncet aient attiré l'attention sur les manifestations pseudo-rhumatismales de la tuberculose pour que l'on publiât, en un court laps de temps, plusieurs de ces observations jusque-là si rares dans la littérature médicale.

De telles manifestations articulaires ne doivent pas, cependant, être bien fréquentes. Le professeur Landouzy a rapporté de nombreux cas analogues de typho-bacillose, nous n'avons pas vu qu'il ait jamais noté des accidents articulaires.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Il nous reste à mettre en relief, dans une étude d'ensemble, les caractères généraux de l'affection qui nous occupe et à rechercher les moyens qui peuvent permettre de la distinguer.

Selon la division du professeur Poncet, les cas de notre premier groupe — suivant qu'ils se présentent chez un sujet à peu près sain (Obs. I), ou chez un tuberculeux avéré (Obs. II) — rentrent dans le cadre du rhumatisme tuberculeux primitif ou du rhumatisme tuberculeux secondaire.

On conçoit toute l'importance de cette distinction au point de vue du diagnostic. — La question de la coexistence du rhumatisme et de la tuberculose a dès longtemps éveillé l'attention des cliniciens. Rappelons seulement ce que disait Lasèque des pseudo-rhumatismes dans une de ses cliniques. « Le rhumatisme est une maladie toujours première, une maladie autocratique, que vous ne verrez presque jamais, si ce n'est jamais, surgir pendant une convalescence ou dans le cours d'une autre

maladie. C'est à ce point qu'une manifestation douloureuse des jointures, survenant pendant un état pathologique quelconque ou à sa suite, doit éloigner de vous la pensée d'un rhumatisme aigu ».

Supprimant toute idée d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose, M. Poncet a établi que le fait d'une bacillose en évolution lèverait tous les doutes. « Le prétendu arthritique tuberculeux n'est qu'un vulgaire tuberculeux atteint de rhumatisme tuberculeux ». Il a montré, de plus, qu'il importe, en face d'une atteinte rhumatismale, de procéder toujours à une étude minutieuse des antécédents personnels et héréditaires : la notion d'une atteinte tuberculeuse antérieure impose une restriction d'emblée.

Mais l'observation directe du malade révélera sans doute au clinicien, mis en éveil par l'étude des antécédents, certaines particularités dignes de remarque.

Qu'il s'agisse d'une forme primitive ou d'une forme secondaire, il est des cas où le malade présente, avec un état général fébrile, des localisations articulaires généralement multiples, révélées par la présence d'un épanchement, par de l'empâtement péri-articulaire et des modifications plus ou moins marquées des téguments. Elles peuvent être accompagnées de douleurs vives et, dans ce cas, l'évolution seule a pu montrer aux premiers observateurs que leur diagnostic avait fait fausse route. M. Chandelux le disait dans sa thèse d'agrégation : « La tuberculose aiguë primitive des synoviales sera

confondue, la plupart du temps, avec un rhumatisme aigu ou subaigu ».

Il semble, au premier abord, que l'habitus d'un rhumatisant doive être différent de celui d'un bacillaire en période fébrile. Une attaque de rhumatisme comporte, en général, une physionomie propre : elle cloue au lit les individus les plus actifs, surpris en pleine santé ; elle s'accompagne d'un état saburral assez prononcé, de sueurs abondantes et dont l'odeur est caractéristique, de modifications marquées des urines qui sont très chargées et très rouges, d'une fièvre plus ou moins élevée : l'apparition, si fréquente, d'un souffle au cœur comporte une grande valeur diagnostique. Et l'anémie survient rapidement pour peu que l'affection se prolonge.

Mais il suffit de se reporter à l'observation de Laveran pour voir que la tuberculose aiguë peut offrir des symptômes analogues. Ici comme dans le rhumatisme, la courbe thermométrique peut devenir plus ou moins irrégulière ; un bacillaire peut avoir des sueurs profuses, il marche rapidement vers l'anémie. Il n'est pas jusqu'à l'apparition d'un souffle cardiaque qui ne prête à la discussion : on a vu plus d'une fois l'endocardite survenir au cours de la tuberculose (Thèse de Chambelland).

L'étude des symptômes locaux offre plus d'intérêt. Sans doute on ne retrouve pas, dans la tuberculose aiguë des synoviales, tous les caractères qui distinguent en général les pseudo-rhumatismes. L'affection est, ici, presque toujours polyarticulaire et, si l'on a vu des cas où elle a évolué vers la tumeur blanche, il

semble qu'on ne puisse qualifier exactement ces faits de tendance à la suppuration. — Mais les arthrites de la granulie sont fixes (Grancher); elles ne présentent pas la mobilité, la rapidité d'évolution de la fluxion rhumatismale. A moins que l'os ou les parties molles ne soient eux-mêmes atteints par l'invasion granulique, la douleur ne peut être, dans nos cas, que nettement intra-articulaire; c'est « à la pression » que les genoux sont douloureux dans l'observation de Laveran. Ajoutons que l'engorgement des ganglions correspondants, s'il venait à se produire, ferait pencher le diagnostic en faveur de la tuberculose.

Nous verrons plus loin la part qu'il faut faire, dans l'étude du diagnostic, aux différentes recherches de laboratoire. Pour rester sur le terrain clinique, contentons-nous de dire ici que le salicylate de soude ou l'antipyrine n'auront aucun effet sur les manifestations articulaires de la tuberculose.

L'évolution lèvera tous les doutes et le débat sera jugé par le temps. La généralisation tuberculeuse, entraînant rapidement la mort, n'est pas toujours survenue; on a vu la localisation articulaire évoluer vers la tumeur blanche; mais, on le sait, autant les processus plastiques sont prompts à s'établir, au cours des manifestations rhumatismales, autant ils font défaut ou sont rebelles aux tentatives faites pour les obtenir, quand il s'agit de la tuberculose.

Devons-nous, maintenant, tracer un nouveau tableau clinique pour les observations de notre

second groupe, au premier plan desquelles se détache le cas de Bezançon ?

Ces observations présentent avec celles que nous venons d'étudier les plus grandes analogies et nous croyons qu'elles peuvent se prêter à la même description. Nous devons cependant attirer l'attention sur certains caractères plus particuliers à ce groupe.

Dans tous ces cas, il faut noter la brusquerie du début, qui rappelle celle des arthropathies infectieuses. On se trouve en présence d'arthrites aiguës accompagnées de fièvre et d'un état général qui devient rapidement grave. Bientôt éclatent des manifestations inflammatoires, simultanées ou successives, sur la plupart des grandes séreuses ; chaque localisation nouvelle est accompagnée d'ascension thermique et d'une recrudescence des symptômes généraux. Ici comme dans nos premiers cas les arthropathies ne sont qu'une des manifestations de l'infection tuberculeuse, elles ne permettent pas, à elles seules, de juger du degré de cette infection qui se traduira bien plutôt par les symptômes généraux. C'est dans ces cas qu'il faudra songer à la recherche des stigmates de l'imprégnation tuberculeuse décrits par le professeur Grancher.

Nous insistons sur le caractère un peu différent de cette évolution. Comme des orages séparés par des périodes d'accalmie, s'élèvent de temps à autre des poussées infectieuses qui se localisent sur les différents systèmes de l'organisme. On trouve un exemple bien net de ces poussées successives dans l'observation de Galliard : chez le malade

qui en fit l'objet, la localisation sur les jointures n'apparut que tardivement. Cette observation forme ainsi, à elle seule, une variété particulière, mais dont l'intérêt pour nous est de second ordre; puisque « le principal intérêt de ce type clinique réside dans l'apparition des arthropathies comme prélude d'autres lésions plus graves, d'une tuberculose généralisée des séreuses, par exemple ».

La guérison complète peut survenir, au moins momentanément, et nous en rapportons un exemple (Obs. XI). Mais ordinairement, le malade succombe avec des localisations diverses; et les arthropathies, qui peuvent se maintenir pendant des mois avec des exacerbations et des rémissions passagères, persistent jusqu'à la fin.

Nous pouvons donc unir nos deux groupes d'observations en un seul type clinique, pour chercher à différencier ses manifestations articulaires des autres arthrites aiguës.

Ces autres arthrites aiguës reconnaissent elles-mêmes pour cause, soit une infection quelconque, soit encore la tuberculose sous un autre aspect.

Nous voulons parler de la forme aiguë simple du rhumatisme tuberculeux, de beaucoup la plus commune, caractérisée uniquement par des manifestations mono, oligo-articulaires. Elle se différencie de la forme granulique par son allure clinique plus bénigne, et qui se rapproche davantage de celle du rhumatisme articulaire aigu. L'affection peut, à la rigueur, tourner bride et se terminer par résolution,

mais probablement et plus volontiers aussi, se transformer en véritable tumeur blanche. Nous ne retrouvons plus ici cette atteinte profonde et diverse de tout l'organisme, qui entraîne trop souvent, à brève échéance, une terminaison fatale.

Quant autres arthrites infectieuses, c'est précisément par la notion de leur cause que le clinicien pourra les distinguer, et par une étude attentive des phénomènes généraux.

Mais il n'oubliera pas que les travaux du professeur Poncet et de ses élèves ont montré quelles ressources peuvent offrir, à qui veut établir avec certitude le diagnostic de rhumatisme tuberculeux, l'emploi des différents procédés de laboratoire : recherche directe du bacille de Koch dans le liquide articulaire, inoculation aux animaux, cultures, cytoscopie de ce liquide, séro-diagnostic de la tuberculose, diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. Tout en faisant des réserves sur la légitimité de cette dernière méthode dans quelques-uns de nos cas, nous nous contentons d'énumérer les autres, n'ayant pas eu l'occasion de les mettre en pratique. Rappelons, d'ailleurs, avec M. Landouzy, que « l'inoculation possède une valeur absolue, quand le résultat est positif, mais que les résultats négatifs doivent être interprétés ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Nous ne pourrions décrire ici longuement les lésions des jointures dans la granulie articulaire sans répéter ce qu'a dit Laveran (Obs. I).

Qu'il nous suffise de rappeler que la synoviale est à peine altérée dans sa coloration et son épaisseur : on l'on vue pourtant vascularisée et épaissie. Sa surface est parsemée de granulations rappelant l'aspect de granulations à la surface d'une séreuse, du péritoine, par exemple. Suivant leur volume, ces nodosités méritent le nom de granulations à la surface d'une séreuse, du péritoine, par exemple. Suivant leur volume, ces nodosités méritent le nom de granulations miliaires ou de tubercules miliaires. Elles sont grises ou jaunes,

Ajoutons, avec M. Pollosson, que le tubercule visible à l'œil nu dans les synoviales, diffère du tubercule élémentaire microscopique par l'une des deux circonstances suivantes : ou bien c'est un follicule géant, ou bien c'est un tubercule agminé, c'est-à-dire un tubercule constitué par un agglomérat de folli-

cules élémentaires disposés en un groupe arrondi.

M. Pollosson a, dès longtemps, insisté sur la nécessité de ne pas s'en laisser imposer par de pseudo-granulations qui sont ou de petits amas adipeux, des franges graisseuses, hypertrophiées ou non, soulevant la synoviale, ou bien des élevures constituées par le tissu fibreux de la synoviale.

Ce qu'il faut noter, c'est que « cette éruption granuleuse s'est accompagnée, dans tous les cas, d'autres lésions de la granulie soit dans le poumon seulement, soit dans les poumons, le péritoine, le péricarde; les méninges et le cerveau, soit dans le squelette ou le tissu cellulaire. La granulie des synoviales ne s'est donc jamais montrée comme une forme de tuberculose exclusivement locale ».

Telles sont les lésions de la granulie articulaire primitive. Que pouvons-nous dire de leur évolution ?

Lorsque la granulie articulaire n'est que l'épisode ou le prélude immédiat d'une granulie généralisée, elle n'a pas le temps d'évoluer et l'on trouve à l'autopsie, dans les articulations malades, l'éruption miliaire typique.

Mais la mort ne survient pas toujours dans un aussi bref délai.

Or, on sait, par l'observation de ce qui se passe dans le poumon ou sur d'autres points de l'organisme, qu'une granulation peut subir l'évolution commune des formations tuberculeuses et qu'elle tend vers la caséification. On admet, d'autre part, qu'elle peut guérir, par résolution complète (Bard), par transformation fibreuse, par élimination. C'est ainsi que,

dans une de nos observations, Gimbert a vu guérir une tuberculose miliaire bucco-pharyngée.

Ces deux modes d'évolution peuvent être invoqués pour expliquer la marche de nos observations.

En ce qui concerne l'observation VIII, par exemple, on peut admettre : ou bien que, sur une arthrite primitivement fongueuse, il s'est fait secondairement une poussée granuleuse qui a précédé de peu la mort du malade ; ou bien (et c'est l'hypothèse de Chamorro lui-même), que l'affection reconnaissait au début pour cause une éruption granuleuse, premier ensemencement tuberculeux de l'article, et que la lésion a évolué ensuite vers la tumeur blanche avec fongosités et pus.

Même incertitude pour l'observation XI (Gimbert). Devons-nous penser que les accidents des jointures, comme ceux de l'arrière-gorge, étaient dus à une éruption granuleuse qui aurait complètement rétrocedé ? Ou bien ces arthrites n'étaient-elles qu'une manifestation locale, d'ordre purement toxique, témoignage de l'empoisonnement de l'organisme envahi par une bacillose virulente ?

Semblable question peut se poser, d'ailleurs, pour les observations suivantes, qui sont celles de notre second groupe ; elles n'ont pas été l'objet d'une vérification anatomique.

L'observation de Bezançon et toutes celles qui l'ont suivie sont cependant présentées par leurs auteurs comme des manifestations articulaires de la tuberculose généralisée des séreuses. Et M. Bard considère la sienne (Obs. XII) comme la preuve

de ce fait qu'une granulie discrète peut se manifester par des poussées articulaires.

Mais, nous devons le dire, ces assertions ne nous paraissent pas de nature à être admises sans difficulté par tous les auteurs.

On sait qu'on trouve à l'autopsie des granuliques, outre les lésions spécifiques dues aux bacilles, des lésions parenchymateuses viscérales qui se rattachent vraisemblablement à l'action des toxines tuberculeuses. Ce sont, en effet, les lésions congestives et dégénératives des maladies infectieuses en général. On les retrouve dans les différents viscères, foie, rein, cœur, mais surtout au niveau de la rate; et le sang présente lui-même les caractères du sang dissous.

M. Landouzy, s'appuyant sur cette donnée que, dans certain cas, il a trouvé ces lésions prédominantes, avec quelques très rares granulations seulement, admet une infection bacillaire sanguine, dans laquelle le malade, mis à mal par une infection générale fébrile à caractères typhoïdes, meurt ou guérit de son infection bacillaire avant que celle-ci pousse assez loin pour que se forme la granulation tuberculeuse. C'est là ce qu'il a appelé la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse, ou la typho-bacillose, ou la septicémie bacillaire tuberculeuse.

D'autre part, on sait le rôle que la doctrine du rhumatisme tuberculeux prête à l'action isolée des toxines, en dehors de toute inoculation directe du bacille de Koch. M. le professeur Poncet admet que certaines arthrites, de nature tuberculeuse, ne

sont dues qu'à l'extrême sensibilité du pouvoir réactionnel des synoviales à l'endroit de ces toxines.

N'en serait-il pas de même pour quelques-unes de nos observations ? Rappelons que M. Poncet a présenté, en avril 1903, à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, un malade dans le passé duquel on retrouvait des accidents articulaires analogues, d'allure infectieuse, ayant précédé l'apparition des lésions tuberculeuses classiques sur d'autres points de l'organisme; en ce qui les concerne, M. Poncet se rattachait aux vues de M. Landouzy, et tendait à admettre l'existence d'une tuberculose septicémique pure, sans granulations.

M. Bard, nous l'avons laissé entendre, n'admet pas la manière de voir de M. Landouzy, à l'hypothèse duquel il oppose cette autre hypothèse que « les typho-bacilloses sont toujours des poussées de granulie discrètes. Il n'y a pas de fièvre pré-granulique, il n'y a pas d'infection sanguine par le bacille de Koch sans lésion anatomique ».

Et voici les arguments qu'il apporte à l'appui de son affirmation, dans la thèse de son élève Pallard :

« De l'avis de tous les expérimentateurs, le liquide sanguin n'est pas un milieu favorable au développement du bacille de Koch; les bacilles n'existent jamais en grande quantité dans le sang en circulation; ils s'accumulent dans certains organes, notamment dans la rate.

« Un second point qui frappe, c'est que la fièvre pré tuberculeuse récidive presque toujours; or, il est

pour le moins difficile d'admettre plusieurs infections bacillaires sanguines successives, sans lésions anatomiques. Et, de plus, dans les cas où la fièvre guérit et où la tuberculose est dite abortive, il n'est pas rare de voir le malade emporté par une méningite quelque temps après.

« Enfin l'argument capital que nous opposons à l'idée de la typho-bacilliose, c'est que, dans les rares cas où le sujet atteint a succombé, on a toujours trouvé, à l'autopsie, des granulations discrètes pulmonaires. Sans doute, elles étaient très rares, très discrètes et ne donnaient aucun signe stéthoscopique, mais enfin M. Landouzy reconnaît, lui-même, qu'il en a trouvé dans ses autopsies ».

Nous nous sommes efforcé d'exposer les différences de vues qui séparent les auteurs dans l'interprétation de cas semblables aux nôtres, et d'établir avec clarté les données du problème.

Il ne peut nous appartenir de le résoudre. Nous l'avons dit, d'ailleurs, au début de ce travail, tel n'est pas le but que nous nous sommes proposé.

PRONOSTIC

Nous devons rappeler, en tête de ce chapitre, que, depuis longtemps, des cliniciens et des anatomo-pathologistes se sont demandé s'il ne serait pas possible qu'une poussée granuleuse guérisse (Cadet de Gassicourt, Koenig, M. Pollosson, Bard). C'est, dit le professeur Grancher, « un point de vue nouveau, peu étudié, d'envisager la tuberculose aiguë, puisqu'il nous la montre comme une étape pouvant conduire les malades à la tuberculose chronique, et cela après une rémission plus ou moins longue ».

Nous en tenant aux données strictes de nos observations, nous pouvons affirmer que le pronostic de la granulie articulaire primitive aiguë est toujours fâcheux, s'il n'est pas toujours fatal.

Chez la malade qui fait l'objet de l'observation III, on dut pratiquer l'amputation de la cuisse, vu l'aggravation des symptômes locaux et généraux. A la suite de cette intervention, la malade quitta le service avec un état général « excellent ».

L'affection avait passé, ici, à l'état chronique, et

l'on connaît d'autres cas de granulie chronique où l'issue fatale fut conjurée par une amputation devenue nécessaire. M. Pollosson s'appuie sur l'un d'entre eux pour affirmer la possibilité de la guérison par évolution vers la tumeur blanche. Le cas de Grancher, cité plus haut, serait plus favorable encore, puisque la tumeur blanche évolua vers l'ankylose.

Hâtons-nous d'ajouter que ces deux derniers cas n'avaient rien de rhumatismal. Il semble que l'état général soit plus compromis lorsque les manifestations articulaires prêtent à la confusion avec le rhumatisme. Nous ne saurions baser un pronostic favorable sur l'observation XI, au sujet de laquelle nous sommes réduit à des hypothèses.

Fatalement mortelle si elle est liée à la granulie généralisée, la granulie aiguë des synoviales est grave même si elle reste localisée à la région, puisqu'elle exige trop souvent alors des opérations radicales. On a pu sauver le malade, au prix d'une amputation, mais on ne doit pas oublier qu'un tel fait, dans son passé pathologique, témoigne d'une atteinte virulente de la tuberculose.

TRAITEMENT

Il semble qu'il y ait peu de chose à dire du traitement des accidents articulaires de la granulie généralisée.

Assurément c'est ici le lieu de se souvenir du précepte d'Ollier: « Il y a des tuberculoses graves et des tuberculoses bénignes; il y en a qui se généralisent, d'autres qui restent locales; il y a des tuberculoses qu'il ne faut pas opérer, parce que le moindre trauma donne un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose; il en est d'autres que l'on peut opérer sans crainte ».

Il est bien évident qu'il ne saurait être question, au sujet des manifestations articulaires des formes suraiguës de la tuberculose, que d'un traitement palliatif. Le mal n'a pas sa source aux jointures, et leur affection, purement épisodique, s'efface devant la malignité de l'infection générale. C'est contre cette infection qu'il faudrait pouvoir lutter; mais on sait assez qu'il vaut mieux pouvoir la prévenir que d'avoir à la combattre en face.

Le clinicien non prévenu ne tarderait pas à éprouver l'inefficacité du salicylate de soude.

Au surplus, nous sommes heureux de nous en

remettre, sur ce point capital, à la haute autorité de M. Pollosson.

« Il est difficile de tirer du petit nombre de faits connus, des indications thérapeutiques précises. Dans le cas de tuberculose généralisée, on s'abstiendra de traitement actif. Si, avant l'apparition de symptômes de généralisation, on soupçonne la granulie en présence d'une hydarthrose aiguë ou subaiguë, on se contentera des moyens les plus simples, révulsifs, compression et repos. Si l'affection se prolonge à l'état d'hydarthrose, il serait rationnel, après l'échec des moyens ci-dessus indiqués, d'avoir recours à l'incision suivie du lavage antiseptique de la jointure.

« Dans le cas où l'éruption granuleuse serait découverte dans le cours d'une opération, il serait indiqué de faire l'extirpation complète du foyer, par synovectomie, résection ou amputation. Dans le cas où, avant arthrotomie, l'hésitation serait permise entre la résection et l'amputation, on se décidera pour l'amputation.

« A l'appui de cette dernière conclusion, nous rappellerons l'observation, rapportée plus haut, de granulie du genou où M. Poncet, constatant l'existence d'une éruption miliaire, fit, pour ce motif, l'amputation de la cuisse de préférence à la résection. A l'autopsie on trouva, à la périphérie de l'article, autour du cul-de-sac supérieur de la synoviale, dans l'épaisseur du triceps, une poussée de granulations miliaires qui auraient échappé à une opération conservatrice ».

CONCLUSIONS

La granulie peut se localiser sur les synoviales comme sur les autres séreuses.

On ne peut préciser la fréquence de cette tuberculose aiguë des synoviales.

Dans certains cas, exceptionnels, ces lésions articulaires se sont révélées par des arthrites aiguës, simulant le rhumatisme articulaire aigu. Ces cas rentrent, à ce titre, dans le cadre du rhumatisme tuberculeux.

La gravité de l'affection dépend alors bien plus de l'infection générale que des arthrites, qui n'en sont qu'une manifestation.

Ces arthrites sont fixes et, dans les cas rares où l'infection générale n'entraîne pas la mort dans un délai plus ou moins court, elles peuvent évoluer vers la tumeur blanche, voire vers l'ankylose.

L'étude des antécédents, l'échec du traitement salicylé et l'emploi des méthodes de médecine

expérimentale — plus peut-être que l'observation clinique — permettront le diagnostic avec le rhumatisme articulaire aigu.

VU :

Le Président de la Thèse,

ANTONIN PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 décembre 1903.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université.

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — De l'arthrite tuberculeuse primitive ou tuberculose des synoviales. *Revue de Chirurgie*, 1883.
- BEZANÇON. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux. Tuberculose généralisée des séreuses. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 octobre 1901. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux, 12 juin 1903.
- BRISSAUD. — Etude sur la tuberculose articulaire. *Revue mensuelle de Méd. et de Chir.*, 1879.
- CADET DE GASSICOURT. — Leçons cliniques.
- CAZAUBON. — Contribution à l'étude de la granulie des synoviales articulaires. Th. Paris, 1883.
- CHAMBELLAND. — Th. Lyon, 1902.
- CHAMORRO. — Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë des synoviales (Hydarthrose tuberculeuse aiguë). Th. Paris 1888.
- CHANDELUX. — Thèse d'agrégation, 1883.
- CLARAC. — Sur l'antagonisme de la tuberculose et du rhumatisme articulaire aigu. Th. Paris, 1893.
- CUBERTAFON. — Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale. Th. Paris, 1903.
- FLEISCHAUER. — Acuter gelenkrhumat mit multiplen miliaren abcesen. *Arch. Anat. path.*, Berlin, 1875.
- GALLIARD. — Pseudo-rhumatisme infectieux d'origine tuberculeuse. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 31 octobre 1901.
- GÉNIAUX. — Thèse de Lyon, 1902. Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou chez les tuberculeux.

- HOBBS. — *Presse Médicale*, 25 février 1903.
- HUGOT. — Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. Th. Lyon, 1900.
- KOENIG. — Tuberculose des os et des articulations, 1884.
- KUSSMAUL. — Rhumat. artic. acutus mit tuberc. miliaris. *Wurtzb. Med. Zuchr.*, 1864.
- LANCEREAUX. — *Atlas d'Anatomie Pathologique*, 1871.
- LANDOUZY. — *Semaine Médicale*, 1891.
- LANNELONGUE. — Tuberculose primitive sans traumatisme. Méningite tuberculeuse. *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1878.
- LASÈGUE. — Leçons cliniques.
- LAVERAN. — *Progrès Médical*, 1876, n° 44. — *Union Médicale*, 1877, n° 54.
- LEUDET. — Leçons cliniques.
- MARFAN. — Les pseudo-rhumatismes infectieux. *Gaz. des Hôp.*, 1888.
- MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses et de leur traitement. Th. Paris, 1893. — *Bulletin Médical*, 17 juin 1903.
- MÉRY. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 juin 1903.
- OUDAILLE. — De l'hydarthrose tuberculeuse. Th. Paris, 1884.
- PALLARD. — De la granulie discrète. Th. Genève 1901.
- M. POLLOSSON. — Note sur les formes anatomiques de la tuberculose articulaire et l'évolution clinique des fongosités. *Gaz. Hebdomadaire*, 1883. — Leçons de clinique chirurgicale, Lyon, 1893.
- A. PONCET. — Communications à l'Académie de Médecine, 23 juillet, 22 octobre 1901 : Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rumatisme d'origine bacillaire. — Tuberculose septicémique, rhumatismale, spécifique ou classique. *Lyon Médical*, 26 avril 1903.
- A. PONCET et M. MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux, in Monographies cliniques, 1^{er} août 1903.
- POULET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1884. — Congrès français de Chirurgie, 1885.
- POWEL. — Th. de Paris, 1874. Essai sur le pseudo-rumatisme articulaire dans le cours de la diathèse tuberculeuse.

PRIOU. — Tuberculose des synoviales articulaires. Th. Paris, 1878.

QUINQUAUD. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

RICARD. — Contribution à l'étude de la tuberculose des synoviales articulaires. et des diverses formes cliniques qu'elle peut revêtir. Th. Paris, 1881.

ROUX. — De l'arthrite tuberculeuse. Th. Paris, 1875.

TRAITÉS de Médecine et de Chirurgie.

ZANNELLIS. — Des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses péri-articulaires. Th. Paris, 1882.

